FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963 N° 671

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

par

JEAN COHEN

né le 24 Décembre 1929 à Paris 16e

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 1963

UN PROCÉDÉ INÉDIT DE CURE CHIRURGICALE EN DEUX TEMPS DES FISTULES RECTO-VAGINALES QUI SIÈGENT SUR LES DEUX-TIERS INFÉRIEURS DU VAGIN

Président : M. R. MERGER, Professeur

—

IMPRIMERIE DU CHATEAU-D'EAU
35, Boulevard de Strasbourg, PARIS-10e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

par

JEAN COHEN

né le 24 Décembre 1929 à Paris 16e

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

UN PROCÉDÉ INÉDIT DE CURE CHIRURGICALE EN DEUX TEMPS DES FISTULES RECTO-VAGINALES QUI SIÈGENT SUR LES DEUX-TIERS INFÉRIEURS DU VAGIN

Président : M. R. MERGER, Professeur

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

IMPRIMERIE DU CHATEAU-D'EAU
35, Boulevard de Strasbourg, PARIS-10e

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538126_0065

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1er ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) .. .. Redon (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) .. .. Soulié (P.)
Cliniques chirurgicales :
Beaujon : Lortat-Jacob (J.-L.) — *Cochin* : Léger (L.), Aboulker (P.) — *Hôtel-Dieu* : Patel (J.) — *Pitié* : Cordier (G.) — *Saint-Antoine* : Gosset (J.) — *Salpêtrière* : Sicard (A.) — *Tenon* : Olivier (Cl.).
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades) .. .. Fèvre (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin) Merle d'Aubigné (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) .. Gaudart d'Allaines (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) .. Mathey (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié) .. .. Decourt (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) .. Lamy (M.)
Clinique gynécologique (Broca) .. .. Huguier (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis) Degos (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades) Cathala (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) . Mollaret (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) .. .. Delay (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker) .. .. Hamburger (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) .. .. .. Marchal (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) Castaigne (P.)
Cliniques médicales :
Boucicaut : Milliez (P.) — *Broussais* : Lenègre (J.) — *Cochin* : Justin-Besançon (L.), Brouet (G.) — *Hôtel-Dieu* : Bariéty (M.) — *Lariboisière* : Sèze (S. de) — *Pitié* : Dreyfus (G.) — *Saint-Antoine* : Kourilsky (R.).
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) .. Debray (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) .. .. Gennes (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) .. .. Derot (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) .. .. David (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) .. .. Garcin (R.)
Cliniques obstétricales :
Baudelocque : Lacomme (M.) — *Foch* (Suresnes) : Merger (R.).
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) . Varangot (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) .. .. .. Renard (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . .. Aubry (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) .. .. Lelong (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) .. Marie (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) .. .. Bernard (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .Michaux (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) Coste (F.)
Clinique stomatologique (Pitié) .. .. Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) .. Roux (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) .. Lemaire (A.)
Clinique toxicologique .. .. Gaultier (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique Padovani (P.)
Séméiologie médicale .. .. Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales .. .. Poilleux (F.)
Clinique urologique (Necker) .. .. Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) Turpin (R.)

b) Professeurs a titre personnel :

Médecine .. .. Bour (H.), Lhermitte (F.), Pequignot (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :
MM. Cabrol (C.); Couinaud (C.); Gillot (C.); Olivier (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :
Mlle Gauthier-Villars (P.), *pr. s. ch.* ; MM. Abelanet (R.); Chomette (G.); Gouygou (Ch.), *m. conf.* ; Nezeloff (Ch.) ; Orcel (L.) ; Paillas (J.).

Anesthésiologie :
MM. Kern (E.); Vourc'h (G.).

Bactériologie :
MM. Barbier (P.), *pr. s. ch.* ; Christol (D.); Le Minor (L.); Tournier (P.).

Biochimie médicale :
MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.); Cartier (P.); Dreyfus (J.-Cl.); Gonnard (P.); Kruh (J.); Jerome (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Carcinologie :
MM. Boiron (M.); Denoix (P.); Mathé (G.); Seligmann (M.).

Dermato-Syphiligraphie :
MM. Civatte (J.); Duperrat (B).

Electro-Radiologie :
M. Ledoux-Lebard (G.).

Hématologie :
MM. Bessis (M.); Bilski-Pasquier (G.); Dausset (J.); Duhamel (G.).

Histologie :
MM. Coujard (R.), *pr. s. ch.* ; Marois (M.); Racadot (J.).

Hydrologie :
MM. Besançon (F.); Cornet (A.).

Hygiène :
MM. Boyer (J.), *pr. s. ch.* ; Blancher (G.); Mme Corre-Hurst (L.); Sapin-Jaloustre (H.).

Maladies infectieuses :
MM. Bastin (R.), *pr. s. ch.* ; Dupont (V.).

Médecine légale :
MM. Fournier (E.); Gueniot (M.); Hadengue (A.).

Médecine du travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Neurologie : M. Lapresle (J.).

Obstétrique :
MM. Granjon (A.); Hervet (E.); Le Lorier (G.); Levy (J.); Morin (P.); Musset (R.); Robey (M.); Senèze (J.); Sureau (C.); Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie :
MM. Brégeat (P.); Dubois (A.); Saraux (H.).

Orthopédie :
MM. Judet (R.); Meary (R.); Postel (M.); Ramadier (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :
MM. Debain (J.); Pialoux (P.).

Parasitologie :
MM. Golvan (Y.); Lapierre (J.).

Pathologie chirurgicale :
MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dubost (Ch.); Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart-d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Loygue (J.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Robert (H.); Thomeret (G.).

Pathologie exotique : M. Schneider (J.).

Pathologie expérimentale :
MM. Benhamou (J.-P.); Berthaux (P.); Boivin (P.); Crosnier (J.); Hartmann (L.); Lœper (J.), *pr. s. ch.* ; Maurice (J.); Mikol (Cl.); Richet (G.).

Pathologie médicale :
MM. Aussannaire (M.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y); Bricaire (H.); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Laroche (Cl.); Lesobre (R.); Lévèque (B.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nick (J.); Royer (P.); Tourneur (R.); Wolfromm (R.).

Pédiatrie-Puériculture :
MM. Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Mande (R.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rossier (A.); Vialatte (J.).

Pharmacologie :
MM. Boissier (J.); Lechat (P.).

Physiologie :
MM. Barres (G.); Dejours (P.), *pr. s. ch.*; Durand (J.); Girard *m. conf.*; Hugelin (A.); Scherrer (J.).

Physique médicale :
MM. Chanteur (J.); Gougerot (L.), *m. conf., pr. s. ch.*; Gremy (F.), *m. conf.*; Milhaud (G.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-Cl.); Tubiana (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie :
MM. Kreis (B.); Meyer (A.); Renault (P.).

Psychiatrie : M. Pichot (P.).

Psychiatrie infantile :
MM. Deniker (P.); Duche (D.); Flavigny (H.).

Rhumatologie : M. Delbarre (F.).
pr. s. ch.

Stomatologie :
MM. Cernea (P.); Mme Chaput (A.), *m. c. agr.*; M. Grellet (M.).

Thérapeutique :
MM. Chassagne (P.); Marche (J.).

Urologie :
MM. Auvert (J.); Moulonguet (A.); Quenu (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. Debeyre (J.).

Clinique chirurgicale : Verne (J.-M.).

Clinique médicale :
MM. Perrault (M.); Rambert (P.); Thieffry (S.).

Clinique obstétricale :
MM. Grasset (J.); Mayer (M.).

Clinique ophtalmologique :
MM. Desvignes (P.); Offret (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
M. Laplane (R.).

Clinique psychiatrique : M. Baruk (H.).

Clinique urologique : M. Kuss (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . M. Hauduroy (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale . . . . . M. Rudler (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . M. Lena (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle Chaintreuil (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur Hahn (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles Dumaitre (P.), Le Noir (G.), Quiévreux (E.)

Bibliothécaire . . . . . Mmes Contet (J.), Forget (F.), Mlle Laurent (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

A MA FEMME

A SYLVIE ET LAURENT

A MES BEAUX-PARENTS

A MON AMI, LE DOCTEUR CLAUDE WIART

A Monsieur le Professeur R. MERGER

Il nous a fait le grand honneur de présider cette thèse et nous apporte journellement l'enseignement de la nuance, de la pondération et de l'efficacité.

Qu'il nous soit permis de lui témoigner l'assurance de notre respectueuse reconnaissance et de notre entier dévouement.

A Monsieur le Professeur Agrégé R. MUSSET

Il a inspiré le sujet de cette thèse.

Son sens remarquable de l'enseignement, son goût de la perfection, sa maîtrise chirurgicale resteront toujours présents dans notre mémoire.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre profond et respectueux attachement.

A NOS MAITRES EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE :

A Monsieur le Professeur LACOMME

Il nous a enseigné avec constance la précision et la rigueur en matière obstétricale.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueux dévouement et le témoignage de la fierté que nous éprouvons à faire partie de ses élèves.

A Monsieur le Professeur Agrégé ROBEY

Ses avis éclairés en hormonologie nous ont initié à cette délicate matière.

Qu'il veuille bien accepter le témoignage de notre reconnaissance respectueuse pour son accueil et sa compréhension.

A Monsieur le Professeur Agrégé LE LORIER

Nous avons toujours été sensible à l'aimable bienveillance qu'il nous a témoignée.

Il a été prodigue de ses connaissances cliniques. Qu'il nous soit permis de le remercier de ses conseils et de ses remarques.

A Monsieur le Professeur Agrégé LEVY

Il nous a fait profiter de la vivacité et de la clairvoyance de son esprit. Qu'il nous permette de l'en remercier ainsi que de son affectueuse attitude.

A Messieurs les Docteurs GIRAUD et HERVE

En les remerciant des conseils amicaux qu'ils voulurent bien nous prodiguer.

A Monsieur le Docteur COTTRELL

Sa constante participation à ce travail nous a été des plus précieuses. Qu'il en soit vivement et sincèrement remercié.

A NOS MAITRES EN CHIRURGIE :

A Monsieur le Docteur BILLET

Il nous a initié à la chirurgie par ses conseils judicieux et bienveillants. Nous lui en gardons une fidèle reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé DENOIX

Avec notre respectueuse gratitude pour l'expérience chirurgicale qu'il nous a permis d'obtenir à l'Institut Gustave-Roussy.

A Monsieur le Docteur LACOUR

Son appui bienveillant, ses qualités chirurgicales et la largeur de ses vues nous ont permis d'accroître nos connaissances.

A Monsieur le Professeur HUGUIER

En hommage de respectueuse admiration.

A NOS MAITRES EN EXTERNAT

A Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO (in memoriam)

A Monsieur le Professeur MERLE D'AUBIGNE

A Monsieur le Professeur Agrégé J. RAVINA

A Monsieur le Docteur LEREBOULLET

A Monsieur le Docteur CACHIN

A Monsieur le Docteur MALLET,

en témoignage de reconnaissance.

INTRODUCTION

La communication pathologique entre la cavité rectale et la cavité vaginale par un orifice de forme, de siège et de dimension variables réalise une fistule recto-vaginale.

Si l'on excepte les fistules du dôme vaginal secondaires à des hystérectomies malheureuses ou d'origine cancéreuse ou post-curiethérapique, la plupart des fistules qui siègent sur les deux tiers inférieurs du vagin sont d'origine traumatique. Elles succèdent le plus souvent à une déchirure obstétricale compliquée réparée puis désunie.

Il est à peine nécessaire d'insister sur l'infirmité considérable que représente le passage des gaz et des matières par le vagin, ni sur le retentissement psychique qu'elle entraîne. Tous les obstétriciens ont observé le tableau navrant d'une femme souvent jeune, qui, à la suite d'un accouchement aux suites perturbées et fébriles, présente une incontinence des gaz et des matières. Ces malades sont d'autant plus désemparées que les traitements proposés ne leur garantissent pas une guérison radicale et que bien souvent elles ont déjà subi une ou plusieurs interventions inutiles.

Tous les chirurgiens savent, en effet, combien est aléatoire, difficile et décevant le traitement de ces fistules, au point que le « Traité de Technique Chirurgicale » précise en premier principe :

> *« Ce sont des opérations délicates, dont le succès n'est pas toujours assuré et ne doit jamais être promis. »*

C'est en se fondant sur la sécurité que procure son procédé de réparation des déchirures complètes compliquées anciennes du périnée que notre Maître, M. le Professeur Agrégé R. Musset, a imaginé une technique de cure chirurgicale, en deux temps, des fistules recto-vaginales qui siègent sur les deux tiers inférieurs du vagin. Cette technique est l'objet de cette thèse. Nous nous proposons d'en montrer la simplicité, la commodité et la sécurité.

ÉTUDE HISTORIQUE

JOBERT, de Lamballe, dans un mémoire annexé à son traité des fistules, présenté à l'Académie en 1850, se plaint de ce que l'histoire et la description des fistules recto-vaginales n'aient été qu'ébauchées et que leur traitement n'ait rien de rationnel ou d'efficace.

Peu d'auteurs, en effet, s'étaient intéressés avant lui aux fistules recto-vaginales. Et si Brantôme avait « ouy parler d'une, qui était dame de réputation, qui faisait ses affaires fécales par le devant » c'est de manière tout aussi anecdotique, que sont rapportées les observations médicales. MARTIN LE JEUNE en témoigne lorsqu'il présente en 1810 le cas de Mme D..., de Saint-Symphorien-de-Lay :

> *« Madame ajoutait que depuis sa couche elle s'apercevait que les vents sortaient avec bruit, en partie par le vagin, et en partie par l'anus. Cette dernière circonstance me faisait soupçonner qu'il y avait une communication contre nature établie entre les deux conduits, j'engageai Madame à faire le voyage de Lyon, afin de me mettre à même de juger de son état. Dans l'examen que je fis à son arrivée, je reconnus non seulement le dégagement des gaz fétides par le vagin, mais encore, le passage d'aliments non altérés que je retirai de ce conduit : c'était plusieurs lentilles, et Madame me dit qu'elle en avait mangé la veille. »*

Devant ces cas isolés, les techniques de réparation sont improvisées, utilisent des procédés de fortune, et leurs résultats sont toujours décevants.

C'est pourquoi, au cours d'une leçon faite à l'Hôtel-Dieu, en 1876, RICHET pouvait dire :

> *« Peut-être n'existe-t-il pas d'opération plus chanceuse et qui offre moins de certitude de succès. C'est au point que les hommes les plus autorisés, les opérateurs les plus versés dans la pratique des autoplasties, Jobert, Nélaton, par exemple, avaient fini, au déclin de leur carrière, par renoncer à l'exécuter. Et je pourrais vous citer l'histoire d'une dame qui a été successivement opérée par les deux chirurgiens dont je viens de citer le nom et par moi-même et qui n'est pas guérie. »*

Dans la thèse de CHEVRIER, RICHET rapporte d'autre part le cas d'une malade opérée trois fois par Guérin, deux fois par lui-même et non guérie. Dans le même travail on cite le cas d'une

patiente de Verneuil, qui avait subi cinq interventions et conservait sa fistule.

Les progrès de la chirurgie depuis lors laisseraient supposer qu'il s'agit là d'une époque révolue. Et pourtant, si le traitement chirurgical des fistules recto-vaginales s'est à la fois compliqué et perfectionné, il apparaît encore à l'étude de nos observations que les malades avaient déjà subi dans la moitié des cas, une, deux ou même trois interventions antérieures.

I. — C'EST A L'OBLITERATION SIMPLE DES ORIFICES FISTULEUX que visaient les premières méthodes.

DUPUYTREN fit les premières tentatives de cautérisation chimique. Malgré ses recommandations de ne cautériser que superficiellement, pour éviter les pertes de substances, l'échec s'ensuivait presque constamment. DIEFFENBACH utilisait le nitrate d'argent, GUERIN et HOLMES COOTE le thermocautère. CULLERIER fit une tentative de compression des tissus au voisinage de la fistule entre deux lames métalliques : l'une dans le vagin, l'autre dans le rectum.

En 1798, SAUCEROTTE, de Lunéville, tenta la suture vaginale simple.

En 1850, JOBERT apporte les premiers perfectionnements de la « méthode française ». Il pratique, par voie vaginale seule, un avivement des bords puis une suture après un débridement latéral du vagin au moyen d'incisions parallèles à son axe, tentant ainsi d'éviter le tiraillement des sutures. Peu d'années auparavant, en 1841, MICHON avait utilisé la voie rectale isolée. Mais les résultats étaient aléatoires. Aussi, lorsque BOZEMAN rapporta en France la « méthode américaine » de Marion SIMS pour le traitement des fistules vésico-vaginales, on fut frappé de ses succès, et on les transposa dans le domaine des fistules recto-vaginales.

La technique de SIMS, fondée sur le principe de l'avivement en surface, et non plus des bords seuls, sur un affrontement parfait, et une suture par points non perforants, n'obtint pas autant de succès pour les fistules recto-vaginales que pour les fistules vésico-vaginales, en raison de la septicité rectale.

II. — L'INCISION VERTICALE DU PERINEE représente une tentative différente :

Certains auteurs : SAUCEROTTE, JOBERT, DEMARQUAY s'étaient contentés de fendre le périmée sans idée de le reconstruire, laissant la cicatrisation se faire spontanément.

Cette intervention fut pratiquée avec succès par BAKER BROWN en 1854.

RICHET, en 1876, faisait suivre l'incision d'une périnéorraphie immédiate par suture de la profondeur à la surface. SIMON de ROSTOCK, en 1867, dans les archives de Prague, publiait deux observations s'accompagnant de guérison par ce procédé.

III. — Mais les échecs de ces diverses tentatives conduisaient certains à s'inspirer **DU DEDOUBLEMENT RECTO-VAGINAL** imaginé et réglé dans son exécution par LAWSON-TAIT en 1891, dans son « Traité clinique des maladies des femmes ». GUERIN, QUENU, FELIZET, SANGER pratiquaient après dédoublement une suture séparée des orifices fistuleux et y associaient une myorraphie des releveurs qu'ils interposaient entre les deux orifices. Les échecs de la méthode furent attribués à la persistance en vis-à-vis des deux orifices suturés et on imagina plus tard d'interposer entre eux un élément qui, pour MARTIUS, était de la graisse périnéale, pour KUSTER et WOLKOWITCH l'utérus, pour FRYGESI et MATSOPOULOS un lambeau de paroi intestinale.

Le procédé de LEGUEU, comparable, fut initialement décrit pour permettre la cure des fistules hautes. Le bistouri dédouble le corps périnéal jusqu'à la fistule et au-delà. La paroi postérieure du vagin est ensuite fendue sur la ligne médiane. Cette section permet, dans l'esprit de son auteur, une meilleure exposition et une suture plus facile de l'orifice rectal. L'intervention se termine par une myorraphie des releveurs puis par une colpectomie qui dépasse en haut l'orifice fistuleux et enfin par la suture du vagin et du périnée.

IV. — LES PREMIERS PROCEDES D'AUTOPLASTIE étaient nés dès la fin du XIX[e] siècle. Presque simultanément étaient décrits, l'autoplastie par glissement ou retournement de muqueuse vaginale, l'abaissement de la paroi antérieure du rectum.

En 1890, FRITSCH et LEDENTU proposaient l'autoplastie par glissement, caractérisée par l'abaissement en paletot au-devant de l'orifice fistuleux d'un lambeau de muqueuse vaginale.

LEFORT en 1903, puis DOLERIS en 1905, décrivaient l'autoplastie par retournement, dérivée d'un procédé utilisé en 1893, par BRAQUEHAYE dans les fistules vésico-vaginales. Le clivage de la muqueuse vaginale leur permettait d'accéder à l'orifice fistuleux. En prolongeant le clivage très au-dessus de la fistule ils faisaient glisser au-devant de l'orifice, à la manière d'un rideau, le lambeau de muqueuse ainsi obtenu.

C'est un procédé analogue que KELLY décrivit en 1928 aux Etats-Unis sous le nom de « vaginal-flap ». Ce procédé séduisant pour l'esprit, connut par la suite une grande vogue mais apporta de grandes déceptions.

A la suppression du trajet fistuleux, l'abaissement de la paroi antérieure du rectum associait l'avantage de dresser une barrière entre la flore microbienne intestinale et les tissus périnéaux en voie de cicatrisation.

POZZI, en 1892, et SEGOND, la même année, en donnaient une description voisine.

Il s'agit d'un abaissement de la paroi antérieure du rectum, à travers le sphincter préalablement dilaté. On dissèque en pre-

mier lieu la muqueuse du canal anal, puis on dédouble la cloison recto-vaginale. Le segment rectal sous-jacent à la fistule, abaissé et réséqué, on suture le rectum à l'anus. Enfin, on pratique un avivement et une suture de l'orifice vaginal.

DOLERIS, en 1889, avait également utilisé la plastie rectale, mais il niait l'utilité de la suture des muscles releveurs de l'anus qui, pour la plupart de ses successeurs, et surtout pour Pierre DELBET, avaient une importance capitale.

GERARD MARCHANT devait, en 1902, modifier le procédé en préconisant l'abaissement du rectum seulement dans sa partie muqueuse. Il évitait de pratiquer un clivage recto vaginal. Après dissection de la muqueuse préalablement incisée à un demi-centimètre au-dessus de l'anus, celle-ci est abaissée, sectionnée au-dessus de l'orifice fistuleux puis fixée à la petite collerette de muqueuse conservée dans la filière anale.

V. — L'ETUDE HISTORIQUE DES TRAVAUX MODERNES montre que dans les années récentes, le traitement chirurgical des fistules recto-vaginales d'origine traumatique a bénéficié des progrès de la technique chirurgicale et de la sécurité apportée par les antibiotiques.

La survenue de fistules post-curiethérapiques jusque-là inconnues, souvent de grande taille et en règle haut situées fait naître des procédés chirurgicaux utilisant la voie abdominale. Ils ont été appliqués, exceptionnellement il est vrai, aux fistules traumatiques du tiers moyen.

La création d'un anus colique de dérivation est considérée par beaucoup comme un avantage : l'irruption intempestive du flot des matières, la septicité locale, la difficulté d'obtenir une désinfection poussée font parfois adopter ce moyen comme un temps complémentaire de l'intervention. Il oblige pourtant à deux interventions supplémentaires sans compter les désagréments physiques et psychiques qui sont ainsi imposés à la malade.

Les procédés de fermeture de la fistule après avivement sont abandonnés, de même que l'abord par voie vaginale suivi d'interposition. Le procédé de RICHET n'est plus utilisé qu'en cas de fistule très basse ano ou rectovulvaire. Trois grandes méthodes sont préconisées : le dédoublement du périnée avec abaissement de la muqueuse rectale, la voie mixte permettant la suture du vagin par voie basse, celle du rectum par voie haute et les méthodes d'exérèse du rectum fistuleux.

LA METHODE DE DEDOUBLEMENT PAR VOIE PERINEO-VAGINALE SUIVI D'ABAISSEMENT EN RIDEAU DE LA MUQUEUSE RECTALE était, ces dernières années, la voie de choix. Il s'agit du procédé de SEGOND GERARD MARCHANT repris par LABRY, qui le complète par un temps périnéal d'interposition et un temps vaginal de suture.

Après dilatation anale, incision cutanée, dédoublement recto vaginal menant jusqu'à la fistule, la muqueuse rectale antérieure est incisée au dessus de l'anus. Sa dissection permet l'abaissement de la paroi rectale antérieure qui est suturée au cercle anal. L'intervention se termine par une myorraphie des releveurs et une suture vaginale.

Un autre procédé d'abaissement de la paroi antérieure du rectum a été utilisé avec efficacité par CORDIER. Après dédoublement périnéal conduisant sur la fistule, on en résèque les bords. Une première bourse au catgut est pratiquée que l'on fait ensuite repasser par l'orifice anal pour invaginer une deuxième bourse de catgut sur le rectum. L'abaissement de la paroi antérieure du rectum est ainsi obtenu par la traction sur la première bourse de suture

CORDIER, ROY CAMILLE et GARNIER ont également utilisé LE PROCEDE D'AMELINE-HUGUIER PAR VOIE MIXTE A DEUX EQUIPES qui s'adresse plus spécialement aux fistules hautes.

L'équipe vaginale par voie de Cunéo-Picot remonte jusqu'à la fistule. L'équipe abdominale par voie médiane, guidée par l'opérateur du bas, repère la fistule qui est ainsi libérée à la fois par le haut et par le bas. Un petit décollement permet de faire monter le rectum. Les deux orifices rectal et vaginal sont ainsi isolés, puis suturés séparément : le rectum en deux plans à la soie, par voie abdominale ; le vagin au catgut par voie basse.

Cette méthode de cure des fistules recto vaginales traumatiques paraît plus particulièrement indiquée pour ces auteurs dans les cas de fistules récidivées avec lésion rectale.

LES METHODES D'EXERESE DU RECTUM FISTULEUX ne trouveraient pas leur place dans notre exposé si elles n'avaient été pratiquées par certains auteurs pour des fistules traumatiques de caractère particulier.

Elles rencontrent leur indication majeure dans les fistules haut situées, au-dessus des 2/3 inférieurs du vagin, survenant sur des organes altérés, particulièrement après curiethérapie.

Ces méthodes visent à la conservation sphinctérienne. Il s'agit d'une amputation transphinctérienne avec abaissement du bout supérieur à l'anus.

Dans l'ensemble, elles ont en commun, la nécessité d'un temps préalable de mobilisation du sigmoïde et de décollement rétro-rectal par voie abdominale.

Cette libération achevée, différentes voies sont utilisées :

— Dans la technique de BABCOCK BACON ou d'abaissement transanal du rectum, l'équipe abdominale vient à la rencontre de l'équipe périnéale qui, après un trajet sous-muqueux a sectionné au-dessus du sphincter le rectum musculeux. La communication recto-vaginale est ainsi circonscrite, sectionnée et le rec-

tum peut alors descendre. Il est abaissé jusqu'à ce que l'orifice fistuleux rectal soit à quatre centimètres environ de l'anus. Une semaine plus tard, on pratique la résection du bout colique dépassant et la suture de la muqueuse.

Cette technique est surtout préconisée en cas de grosse lésion rectale et notamment dans les fistules après curiethérapie. Mais elle a été utilisée par de nombreux auteurs en cas de fistule traumatique et notamment par GUILLET-DECHEN pour qui elle offre l'avantage d'éviter une dérivation des matières, et de permettre l'exploration du petit bassin puis la cure éventuelle d'une affection gynécologique contingente. Ils signalent cependant son principal inconvénient : les troubles de la continence sphinctérienne.

HINZ préconise de son côté un abaissement recto-colique transphinctérien par voie sacrée.

Pour FERRAND-FORTESA, l'équipe basse utilise la voie vaginale, au travers de laquelle le rectum est complètement extériorisé. On pratique une résection étendue du rectum fistuleux. La voie vaginale permet de terminer, soit par un abaissement transphinctérien classique, soit par une suture termino terminale extériorisée ou pas.

Il faut enfin citer la résection du rectum par voie sacro-coccygienne pure, que GERSTER découvrit en pratiquant l'ablation par voie sacrée d'un cancer recto-sigmoïdien. La section de l'éperon sacré qui en résultait avait amené la production d'une fistule recto-vaginale. La facilité de la cure de cette fistule a engagé l'auteur à préconiser une incision médiane sacro-coccygienne avec résection du coccyx, puis la mobilisation de la paroi rectale postérieure pour l'amener au niveau des bords de la peau et l'y fixer. Une semaine plus tard, l'incision verticale de la paroi rectale permet d'aborder et de traiter la fistule. La paroi postérieure est laissée ouverte pour permettre la dérivation des matières jusqu'à guérison de la fistule. L'anus sacré est refermé ensuite.

VI. — Concernant les fistules traumatiques des 2/3 inférieurs du vagin auxquelles se limite cette étude, les techniques que nous venons d'évoquer **appellent un nombre important d'objections.**

Les méthodes de résection rectale indéniablement indiquées dans les fistules hautes post-curiethérapiques avec large perte de substance, que ce soit par voie abdomino transphinctérienne comme l'ont notamment réalisé MIALARET et EDELMAN, ou par la voie abdomino sacrée de HINZ, paraissent bien excessives, en cas de fistule des 2/3 inférieurs du vagin. Elles semblent d'autant plus disproportionnées, que cette intervention se complique assez souvent secondairement d'incontinence ou de fausse continence, avec un sphincter facilement débordé. Même la conservation, préconisée par PEYCELON, de la zone cutanéo muqueuse anale, siège de la sensibilité particulière de la défécation, n'évite pas, dans bien des cas, le risque de continence imparfaite.

De même, l'excellente méthode de AMELINE et HUGUIER avait été préconisée par CORDIER dans le cas bien précis d'une fistule traumatique haute sous-péritonéale plusieurs fois reprise.

Quant à la technique d'abaissement en rideau de la muqeuse rectale, elle est loin d'offrir une sécurité totale, surtout lorsque, comme il est fréquent, le sphincter est complètement sectionné. En effet, dans le cas de déchirure périnéale compliquée, la rupture de la cloison recto-vaginale remonte toujours beaucoup plus haut qu'on ne le pense. La mise en œuvre correcte de la méthode impose alors très souvent un décollement étendu de la muqueuse rectale qui expose au lâchage des sutures et rend difficile la reconstitution satisfaisante du sphincter.

Enfin, les procédés de suture des orifices fistulaires, après dédoublement périnéal, sont grevés d'échecs notables provoqués par l'infection constante du voisinage. L'avivement même étendu de la paroi rectale n'apporte jamais une sécurité complète quant à la qualité de la cicatrisation.

VII. — C'EST EN TENANT COMPTE DE CES OBSERVATIONS QUE M. MUSSET S'EST ATTACHE A DEFINIR UNE TECHNIQUE DE REPARATION SIMPLE, SURE ET BIEN REGLEE.

Dans sa monographie de 1958, un chapitre spécial était consacré au cas particulier de la fistule recto-vaginale. Une technique en un temps était présentée. Après dédoublement recto-vaginal poursuivi au-dessus de la fistule, la paroi antérieure du canal anal était fendue à l'aide de ciseaux droits jusqu'au pôle inférieur de l'orifice fistulaire. Les bords de la fistule avivés, la plaie rectale était suturée. Après reconstitution du canal anal, le pont muco-cutané et la paroi vaginale postérieure étaient fendus sur la ligne médiane. L'avivement symétrique des bords de la fistule précédait la suture du vagin. Le rapprochement des extrémités sphinctériennes et des tissus périnéaux par des crins totaux s'effectuait, enfin, selon le procédé type.

L'observation n° 2 rapporte le cas d'une malade opérée selon cette méthode. Malgré une bonne reconstitution du périnée et du sphincter, la fistule réapparut. L'idée naquit alors de transformer par périnéotomie la fistule recto-vaginale en une déchirure complète du périnée. Le premier temps mit à plat les lésions et en permit le nettoyage et la cicatrisation correcte. Deux mois plus tard, l'intervention type fut pratiquée et on obtint une parfaite guérison.

Deux considérations avaient motivé cette attitude :

— les échecs sont dus dans leur plus grand nombre à l'infection secondaire de la plaie. Celle-ci est largement favorisée par l'inflammation latente des tissus périfistulaires qui persiste malgré l'avivement et malgré l'antibiothérapie si intense soit-elle. Seule la mise à plat par périnéotomie permet de la supprimer.

— les excellents résultats obtenus par le procédé de reconstitution des déchirures périnéales, décrit en 1958, autorisaient une confiance absolue quant au résultat. L'expérience de 59 cas dans lesquels, de façon constante, la tonicité périnéale et la continence sphinctérienne furent parfaitement rétablies, expliquait l'absence totale d'hésitation à sectionner le sphincter anal.

Quant aux inconvénients de la mise à plat temporaire, ils sont peu importants.

Parfois même, la périnéotomie soulage la malade. C'est le cas des patientes porteuses de fistules très infectées, avec rétention purulente autour de fils perdus, qui souffrent de douleurs périnéales et d'écoulements rectaux purulents irritants. Les observations n° 6, 10 et 11, illustrent cette éventualité.

Chez les femmes dont le sphincter était déjà préalablement rompu ou l'orifice de communication large, l'incontinence n'est évidemment pas ou peu modiifée par le débridement. (Observations n° 1, 4 et 5).

En définitive, c'est seulement en cas de fistule à orifice étroit, située au-dessus d'un sphincter intact, que les malades se trouvent provisoirement incommodées. Ceci n'est d'ailleurs pas constant : la suppléance des releveurs autorise parfois une continence relative (observation n° 9).

Cette incontinence limitée dans le temps est, quoi qu'il en soit, moins éprouvante que les considérables inconvénients d'un anus de dérivation et les deux opérations supplémentaires qu'il impose.

En définitive, l'association de la mise à plat qui supprime entièrement l'infection, et d'un procédé de reconstitution éprouvé a donné naissance à une technique simple et sûre. Les dessins de Mlle Dongé rendront compte de sa commodité d'exécution, et les douze observations que nous rapportons démontreront sa totale sécurité.

ÉTIOLOGIE

Il est habituel de distinguer quatre catégories de fistules recto-vaginales entièrement différentes par leur individualité clinique et leur traitement propre.

— **LES FISTULES CONGENITALES,** périnéo vulvaires ou vaginales qui accompagnent les imperforations anales.

— **LES FISTULES QUI AFFECTENT LE RECTUM PATHOLOGIQUE EN CAS DE CANCER AVANCE OU APRES CURIETHERAPIE.** A leur origine, on retrouve le plus souvent le surdosage, la filtration insuffisante, l'infection concommitente, la radionécrose secondaire ou encore le glissement de la sonde radifère tombée dans le vagin. Parfois sans faute de technique, on peut incriminer l'association curiethérapie-roentgenthérapie ou l'intervention chirurgicale.

D'abord creusée dans des tissus exubérants et inflammatoires, elle prend peu à peu l'aspect d'une fistule à bords nets. Elle ne s'oblitère jamais spontanément.

— **LES FISTULES PATHOLOGIQUES,** sont très rares. Elles compliquent classiquement les rétrécissements inflammatoires du rectum, la tuberculose rectale, la typhoïde, les graves infections blennoragiques. JOHNSON a cité en 1936 un cas de fistule recto-vaginale au cours d'une lymphogranulomatose. POZZI citait une forme consécutive à l'ouverture simultanée dans le vagin et le rectum d'une collection suppurée du Douglas d'origine indéterminée.

— **LES FISTULES D'ORIGINE TRAUMATIQUE,** enfin.

Les plus fréquentes sont d'origine obstétricale. Le plus habituellement, elles succèdent à une déchirure complète compliquée du périnée qui a divisé la cloison recto-vaginale sur une longueur appréciable. Du fait de la mauvaise qualité de la suture ou de la surinfection, une désunion partielle se produit dans les suites. La partie postérieure de la brèche rectale reste déhiscente alors que le sphincter et la masse musculaire se sont plus ou moins reconstitués.

Parfois il s'agit d'une déchirure apparemment bénigne ou mal examinée et insuffisamment réparée.

A l'origine de ces déchirures obstétricales complètes du périnée, M. Musset, rappelons-le, a signalé la très grande fréquence d'une anomalie constitutionnelle : la brièveté de la distance ano-symphy-

saire qui, dans 70 % des cas environ s'est révélée être inférieure à 6 cms. On verra que ce facteur apparaît encore dans nos observations de fistules d'origine obstétricale. Dans d'autres cas, on peut mettre en cause le traumatisme direct au cours d'une application de forceps par exemple.

Et il faut encore citer le mécanisme rare, de rupture primitive de la cloison recto-vaginale, préalablement à toute déchirure des téguments et du corps périnéal, sur lequel ont insisté MM. BRET, LE LORIER et SENEZE. Cette déchirure se produit sous la poussée d'une région saillante du mobile foetal. Dans la présentation du siège, il s'agit du coude postérieur ou du talon.

Les fistules d'origine chirurgicales sont plus rares. Elles succèdent en règle, à une intervention sur le petit bassin par voie basse.

La colpotomie effectuée pour une affection qui peut avoir remanié les rapports anatomiques, et plus rarement l'hystérectomie vaginale entraînent plus volontiers des fistules haut situées. Quant à l'hystérectomie abdominale, elle est une étiologie exceptionnelle, et entraîne plus souvent des fistules vésico-vaginales. Pour que puisse se créer une fistule recto-vaginale, il semble nécessaire que se produise une lésion rectale au cours de la libération d'annexes inflammatoires très adhérentes.

Les fistules bas situées se voient plus habituellement après périnéorraphie postérieure, lorsque s'y associe une cure de rectocèle. BEGOUIN et PAPIN ont rapporté quelques cas secondaires à l'excision de bartholinite scléreuse. On a pu encore citer des fistules secondaires au traitement chirurgical de kystes ou d'abcès de la cloison recto-vaginale, ou encore lors d'interventions itératives sur le périnée postérieur.

Tout à fait exceptionnelles enfin sont les fistules accidentelles.

L'accident du pal est classiquement connu depuis la thèse de DUPUYTREN (1818) et a été bien étudié depuis par MADELUNG, ROUQUES et CHAMPEAU.

L'empalement est réalisé par un objet pointu qui ouvre une communication entre les cavités rectale et vaginale (accident de ski ou coup de corne).

On peut encore citer :
— le coït,
— les plaies de guerre,
— les corps étrangers : LE ROY rapporte le cas d'une fistule qui succédait à l'introduction vaginale d'un gobelet en matière plastique. Il avait par son bord tranchant provoqué une véritable hémisection de la cloison recto-vaginale. FLEURANT, de Strasbourg, cite une fistule due à la présence d'un pessaire abandonné depuis six ans.

Pour mémoire citons : les fistules dites « médicales » que peuvent réaliser des brûlures par lavement trop chaud ou les injections sclérosantes d'hémorroïdes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SIEGE

A la suite de VERNEUIL, il est habituel de classer les fistules recto-vaginales en :

— recto-vaginales supérieures, au niveau du dôme vaginal, au voisinage du col de l'utérus ;

— recto-vaginales inférieures, s'étendant sur les 2/3 inférieurs du vagin ;

— recto-vulvaires s'ouvrant près de la fourchette.

DIMENSIONS - FORME - TRAJET

Classiquement, elle sont d'autant plus petites que plus basses.

Leur dimension est des plus variables, du minime pertuis, difficile à retrouver dans les plis du vagin, à la vaste brèche recto-vaginale laissant s'écouler les matières.

Leur forme varie avec la largeur de l'orifice de communication. Pour POZZI, les deux épithéliums « se joignent et ourlent » l'orifice, et les deux muqueuses rectale et vaginale sont au contact, sans interposition de tissu musculaire. Les bords sont parfois amincis à l'extrême. Dans d'autres cas, ils sont épaissis, fibreux, cicatriciels.

Leur trajet est variable : nul lorsque les deux épithéliums se rejoignent autour d'un orifice large, habituellement long, sinueux, tortueux dans certaines fistules étroites, le plus souvent bas situées.

LES TISSUS DE VOISINAGE

Il est classique d'opposer les fistules traumatiques développées dans des tissus peu altérés, aux fistules post curiethérapiques ou cancéreuses évoluant dans des tissus remaniés.

En fait, dans les fistules traumatiques, de manière constante, quels que soient le siège, la taille et l'ancienneté de la fistule, les tissus avoisinants sont inflammatoires, parfois de manière inapparente, quelquefois autour d'un matériel de suture résiduel, mais l'étendue de l'inflammation excède toujours celle des lésions visibles.

Ce fait s'explique d'ailleurs aisément :

La fistule succède à la désunion partielle d'une déchirure périnéale complète, **préalablement réparée.** La désunion est due à

l'infection locale qui laisse des séquelles, qu'aggrave encore le passage permanent des matières. Cette infection de voisinage a été constamment retrouvée lors du premier temps de l'intervention que nous rapportons : le débridement expose alors un abondant tissu de granulations infecté, et souvent aussi des foyers purulents en clapiers ou développés autour de fils résiduels retrouvés intacts.

La fréquence des vaginites associées, allant de la simple rougeur de la muqueuse à la vaginite accompagnée de suintement purulent et de lésions d'irritation vulvo-périnéale, témoigne de cette infection latente.

On a même signalé des infections utérines ascendantes.

La constance de ces lésions inflammatoires nous paraît être à l'origine des échecs des procédés de réparation en un temps, quelle que soit la minutie de l'excision des tissus infectés et l'importance de l'antibiothérapie associée.

ÉTUDE CLINIQUE

Les malades sont, en général, vues tardivement. Elles ont espéré quelque temps une guérison spontanée. Par pudeur ou par négligence, elles ont hésité à consulter.

L'INTERROGATOIRE recherche les circonstances de survenue de la fistule. Le plus souvent, nous l'avons vu, les premiers symptômes se sont manifestés dans les suites d'un accouchement au cours duquel s'est produite une lésion périnéale. Parfois, l'infection n'a pas tardé à se manifester. Ailleurs, c'est après une cicatrisation apparemment normale qu'à l'ablation des fils on a constaté les symptômes fistulaires.

Plus rarement, c'est après une intervention chirurgicale portant sur le rectum que se produit l'infection puis le passage des matières par le vagin.

On précise l'ancienneté de la fistule et les traitements déjà entrepris.

LE SYMPTOME MAJEUR est certainement le passage des gaz ou de matières par le vagin.

L'importance de cette infirmité varie évidemment avec la largeur de la fistule : tous les intermédiaires se voient entre l'incontinence totale et le simple passage des gaz au travers du vagin. Quelquefois, il y a passage de fragments fécaux dans le vagin au moment de la défécation. Parfois enfin, l'incontinence aux gaz se double d'une fuite des matières liquides que les désordres intestinaux rendent plus fréquentes.

Les troubles psycho-somatiques sont en effet considérables. AMELINE avait déjà insisté sur le « climat psychique bien spécial » des malades présentant des déchirures compliquées anciennes du périnée, et qui cherchent à cacher le plus longtemps possible leur lésion. Dans le cas des fistules des alternances de diarrhée et de constipation reflexes aggravent aussi le tableau clinique. Aucune lésion organique digestive n'est retrouvée. La réparation de la fistule entraîne la guérison des troubles.

Il est inutile d'insister sur les troubles de la vie sexuelle. L'éveil de dégoût chez le partenaire, la perte de tout attrait sexuel sont courants et motivent parfois la consultation. A l'opposé, la dyspareunie est très rare.

L'EXAMEN PHYSIQUE donne des résultats variables.

Tantôt, apparemment, le périnée a été parfaitement reconstitué : l'anus est tonique, le périnée de bonne longueur, la fourchette en place. Et, ce n'est que l'examen plus attentif qui permet de déceler la fistule en arrière.

Ailleurs, le périnée présente l'aspect caractéristique des déchirures compliquées anciennes : l'anus est béant en avant, la fourchette très légèrement déhiscente laisse apercevoir une petite étendue de muqueuse vaginale. Entre anus et vagin existe un pont cutanéo-muqueux cicatriciel qui délimite en bas la fistule recto-vaginale.

La mesure de la distance ano-symphysaire est, nous l'avons dit, riche d'enseignements.

L'examen au spéculum permet de voir l'orifice vaginal de la fistule, le situe par rapport à la fourchette et apprécie les qualités des tissus qui le bordent. Mais, les petites fistules à orifice lenticulaire ou bas situées ne peuvent être mises en évidence. Le toucher rectal est là particulièrement utile : l'index intrarectal qui refoule à travers la vulve la paroi correspondante du vagin visualise les orifices cachés. La pression du doigt rectal provoque parfois l'issue de gaz ou de glaire fétide.

On ne manquera pas d'apprécier l'impotence du sphincter parfois inexistant, ailleurs tonique.

Associé au toucher rectal, le toucher vaginal juge l'état de la cloison recto-vaginale, mesure l'étendue de sa rupture et évalue la qualité des muscles périnéaux, en particulier des releveurs.

Au cours de l'examen on aura, bien entendu, pratiqué des frottis vaginaux et éventuellement une colposcopie pour dépister une lésion cervicale dystrophique ou infectieuse associée. Il existe d'ailleurs, bien souvent, une vaginite à l'origine de leucorrhée fétide qu'il faudra traiter sans tarder.

CE N'EST QU'EXCEPTIONNELLEMENT qu'on aura recours :

— à la rectoscopie qui donne d'ailleurs peu de renseignements. Elle permet d'apprécier l'état de la muqueuse rectale qui peut être le siège de phénomènes de rectite ou d'ulcérations.

— à la mise en évidence de la fistule par injection colorée,

— à la fistulographie,

— à la biopsie.

TECHNIQUE DE LA CURE CHIRURGICALE

PREMIER TEMPS

Quarante-huit heures d'hospitalisation suffisent pour ce premier temps.

Sous anesthésie générale ou même éventuellement sous anesthésie locale, on introduit dans l'anus dilaté, la branche postérieure de ciseaux droits ouverts. Cette branche est poussée jusque dans la cavité vaginale au travers de l'orifice fistulaire. La fermeture des ciseaux ouvre le corps périnéal en entier et met largement à plat la fistule.

Un tel débridement ne manque pas d'exposer un abondant tissu de granulations infecté et souvent de foyers purulents développés autour de matériel de suture abandonné lors de tentatives antérieures.

La sclérose des tissus explique l'absence habituelle d'hémorragie. Aucune hémostase n'est en règle nécessaire. Dans une seule de nos observations, la persistance d'un petit écoulement sanguin imposa la pose d'une ligature sur une artériole, quelques heures après la mise à plat.

Dans le cas de fistule à orifice étroit et à trajet sinueux on s'aidera d'une sonde cannelée préalablement placée au travers de la fistule. La périnéotomie peut alors s'effectuer au bistouri le long de la sonde.

SIX SEMAINES A DEUX MOIS SEPARENT LES DEUX TEMPS

Durant ce délai, la plaie cicatrise, grâce à des soins faciles poursuivis à domicile.

Un traitement antibiotique par voie générale a été institué dès le premier jour de l'hospitalisation pour trois ou quatre jours. Une pommade cicatrisante à base d'antibiotiques est prescrite localement et quotidiennement. On pourra y adjoindre :

le traitement d'une vaginite éventuelle par des comprimés gynécologiques appropriés,

— la coagulation d'une lésion cervicale reconnue bénigne,

— l'œstrogénothérapie locale chez une femme ménopausée.

Les malades ont été préalablement averties des inconvénients éventuels du débridement de la fistule. Ces inconvénients, nous l'avons vu, sont variables. Ils nécessitent le port de garnitures fréquemment changées.

Au terme de deux mois en général, la plaie complètement cicatrisée, aseptique, revêt l'aspect typique d'une déchirure périnéale ancienne du troisième degré.

Le choix de la date de la deuxième intervention se fera de préférence dans une période post-menstruelle débutante.

Les soins pré-opératoires nécessitent une hospitalisation de trois à quatre jours. L'asepsie vaginale est obtenue par des injections vaginales tièdes, quotidiennes, de sérum physiologique, et la mise en place de comprimés gynécologiques spécialisés. L'asepsie et la vidange de l'intestin sont assurés par :

— un régime sans résidu,

— une purgation quotidienne d'huile de ricin belladonnée et l'administration d'un grand lavement évacuateur la veille de l'intervention,

— la prise de Sulfasuccithiazol (Thiacyl) pendant huit jours.

DEUXIEME TEMPS

Ce temps est effectué sous anesthésie générale de préférence.

La malade est placée en position gynécologique avec inclinaison modérée en Trendelenbourg. L'opérateur est assis face au périnée. Le premier aide à sa gauche, le second à sa droite.

DILATATION ANALE

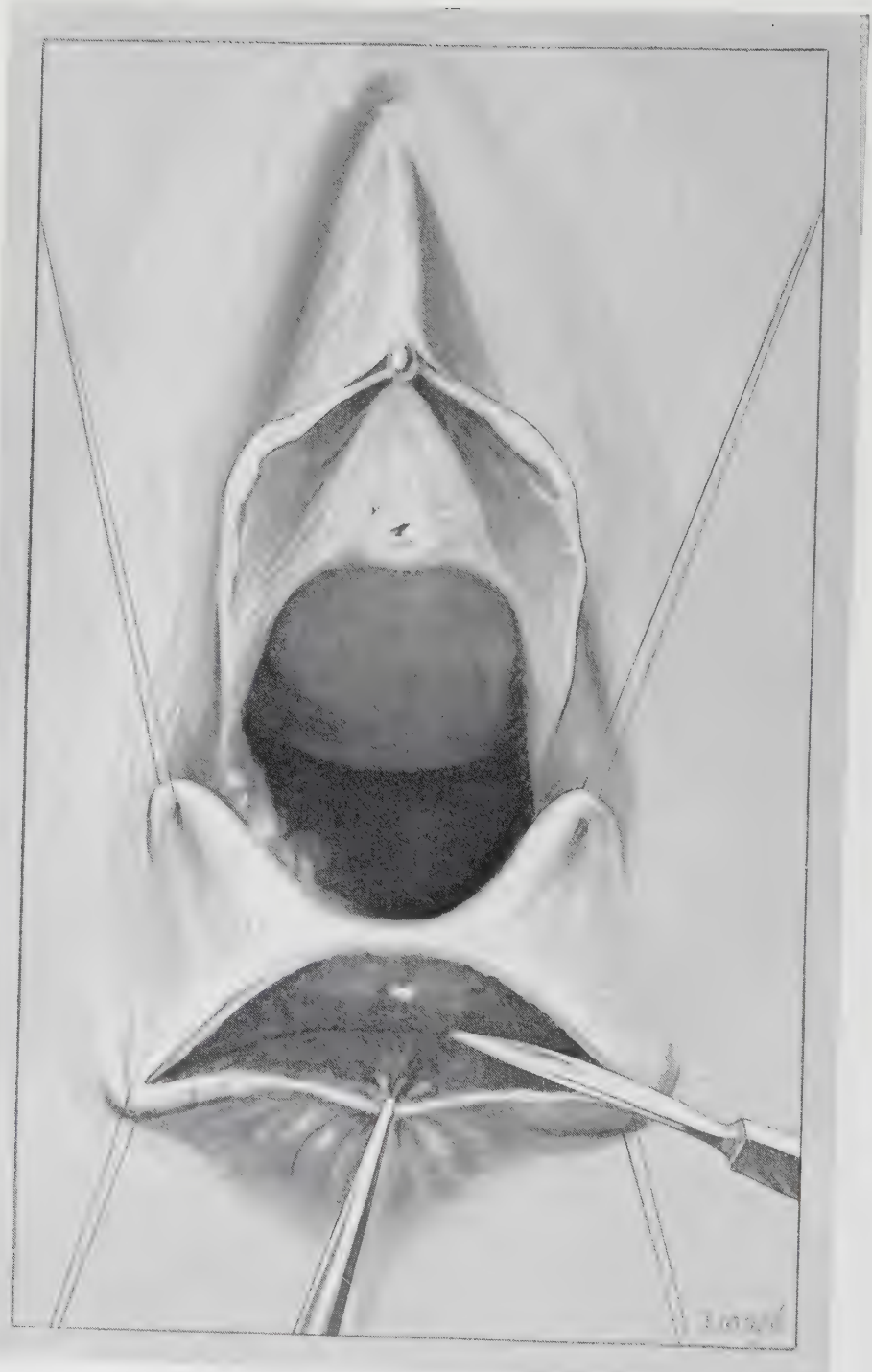
L'anus est dilaté avec prudence, au moyen des deux pouces adossés exerçant une pression énergique et prolongée plusieurs secondes en direction des tubérosités ischiatiques, tout en évitant d'entraîner une déchirure muco-cutanée.

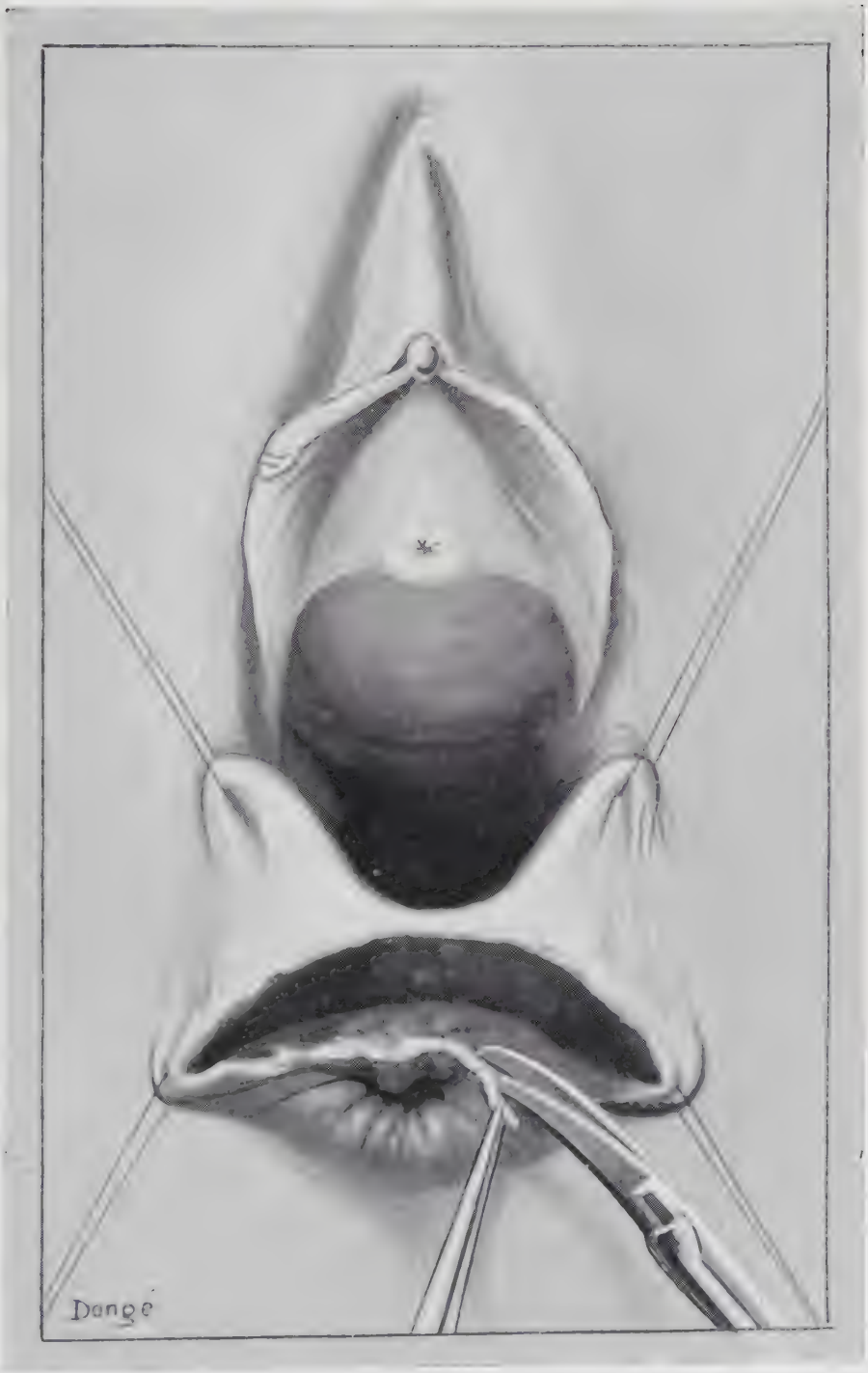
Le champ opératoire est ensuite préparé par badigeonnage soigneux, et répété, de l'anus, du vagin et de la peau.

MISE EN PLACE DE QUATRE FILS REPERES

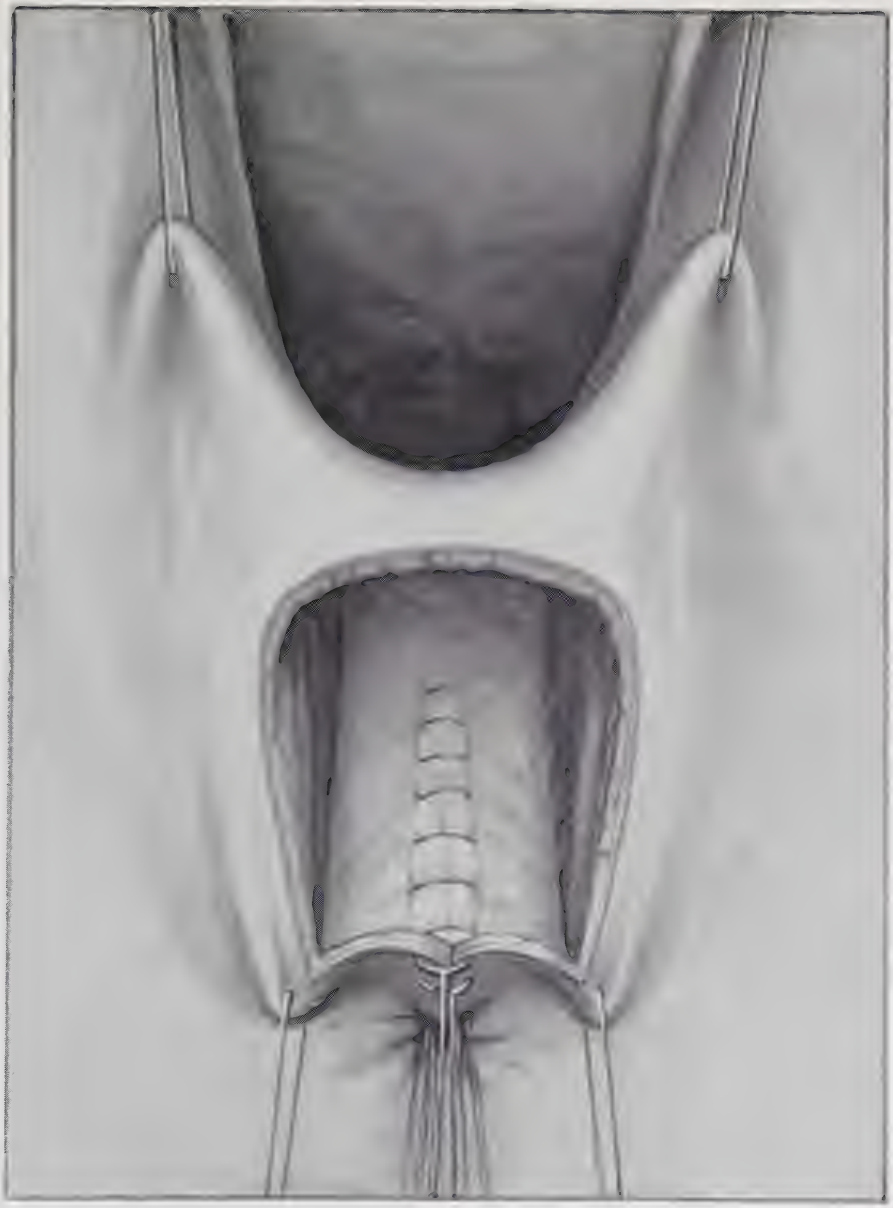
Ce temps essentiel est la clé de la technique. Les quatre fils vont en effet permettre l'exposition des lésions et délimiter le tracé de l'incision. Ils doivent être conservés jusqu'en fin d'intervention.

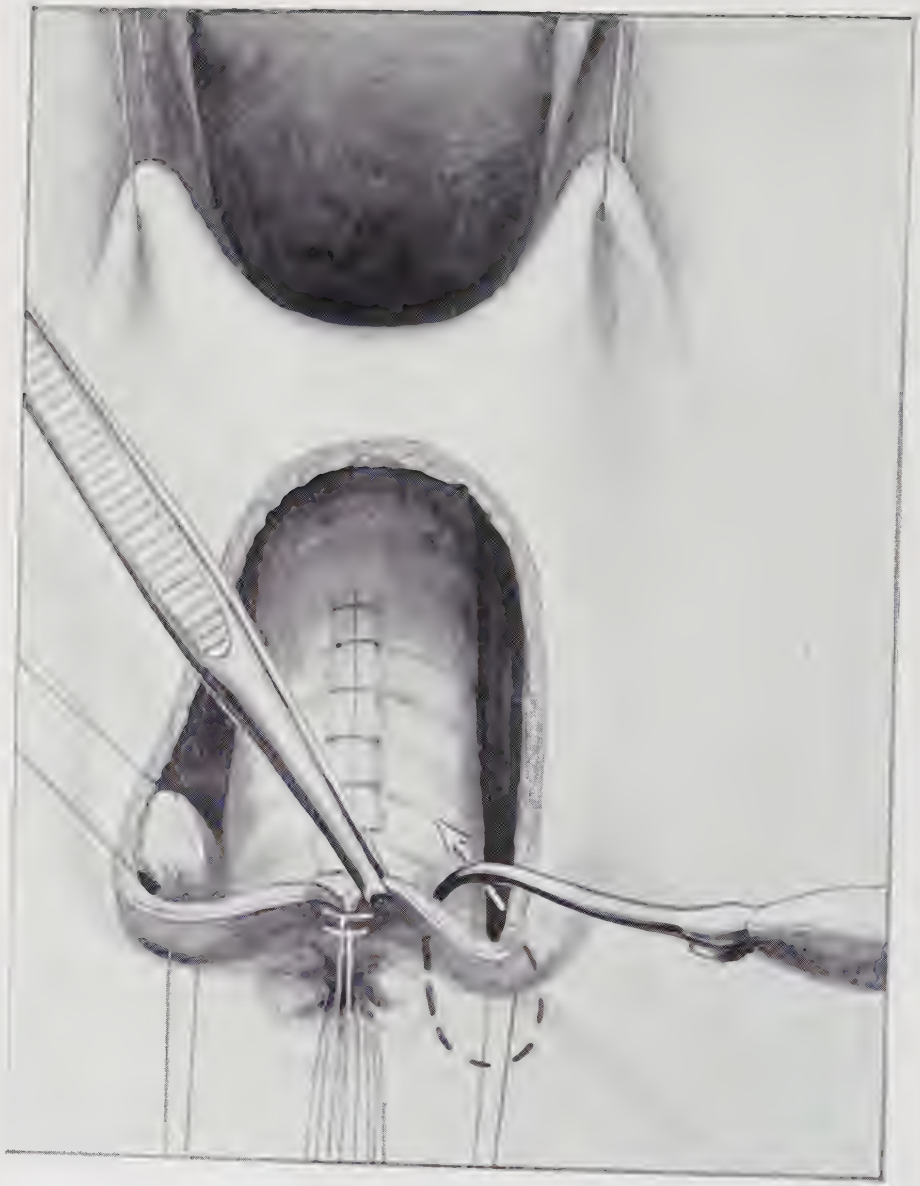
Les deux repères antérieurs sont placés un peu au-dessous de l'extrémité postérieure des grandes lèvres. Les deux repères postérieurs sont passés au fond des deux fossettes cutanées qui répondent aux extrémités du sphincter rompu, en règle immédiatement au-dessous du dernier pli radié reconnaissable. La traction divergente à 45° des quatre fils tend une bride cutanée arciforme à concavité




Dange

Dorpé





postérieure qui délimite le tracé de l'incision du dédoublement recto-vaginal.

DECOLLEMENT RECTO-VAGINAL AUSSI ECONOMIQUE QUE POSSIBLE

Après incision sur la bride de traction, on pratique au bistouri le dédoublement recto-vaginal. Celui-ci facilité par la préhension en son milieu de la tranche rectale à l'aide d'une pince à disséquer sans griffes, doit être modeste pour éviter la formation de décollements étendus d'ailleurs inutiles car la reconstitution du canal anal accroît artificiellement la profondeur du décollement. La dissection est interrompue lorsque la lame du bistouri arrive en tissus souples et sains et qu'il est possible de placer le premier point de la suture rectale.

Aucune ligature vasculaire n'est mise en place. L'hémostase est assurée par simple tamponnement ou forci pressure temporaire.

RECONSTITUTION DU CANAL ANAL

Après avivement des bords de la brèche anale par excision de quelques millimètres de tissu cicatriciel à l'aide des ciseaux de Meszembaum on procède à la reconstitution du canal anal.

La suture en un seul plan total est conduite à points séparés étagés de nylon acapillaire 00 monté sur aiguille courbe de petit rayon. Tous les points doivent être noués à l'intérieur de la lumière rectale, les chefs laissés longs.

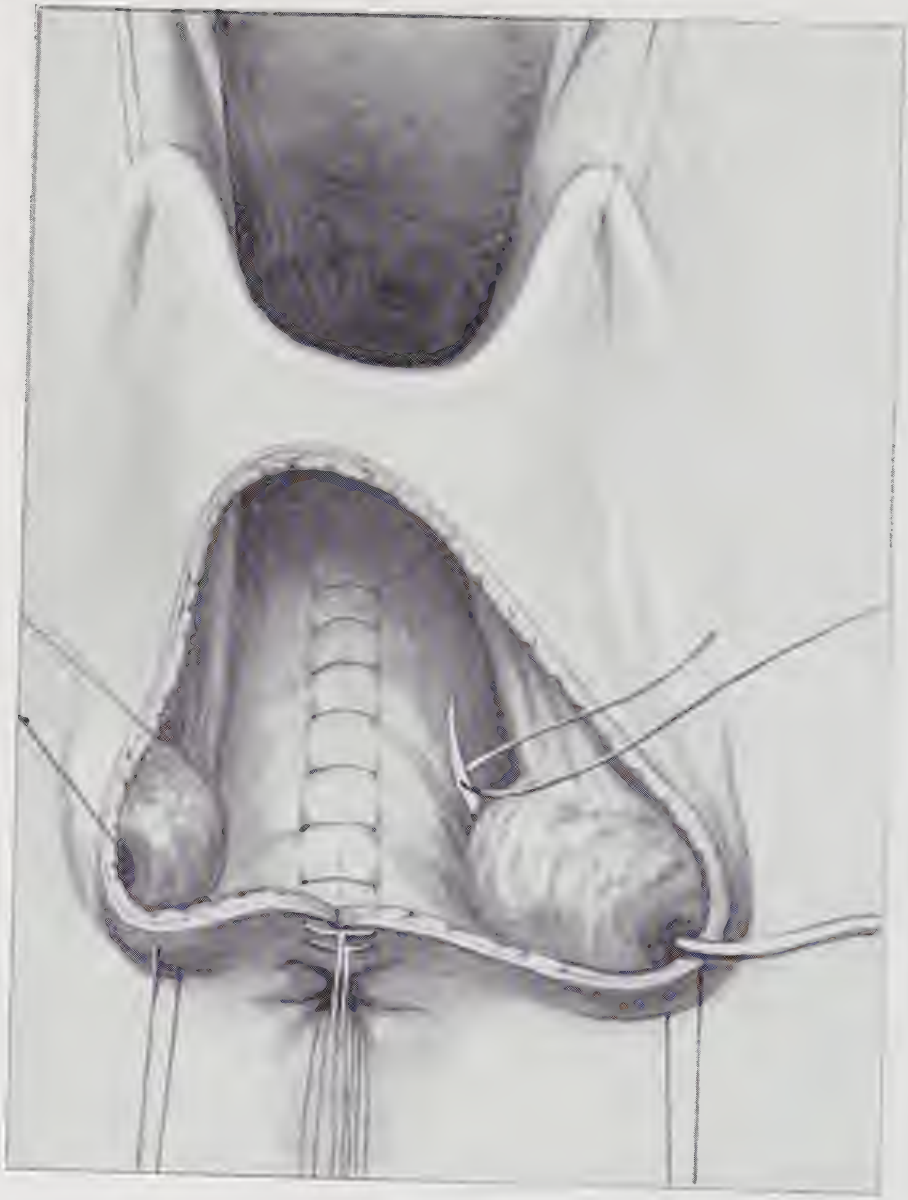
Le premier point est placé immédiatement au sommet de la brèche rectale. Les points suivants étagés de haut en bas se succèdent, espacés de quelques millimètres, prenant tous largement les fascia recti. Le dernier point est placé lorsque la marge de l'anus apparaît parfaitement restaurée.

Ce temps terminé, le canal anal a retrouvé sa longueur et sa conformation tubulaire primitives.

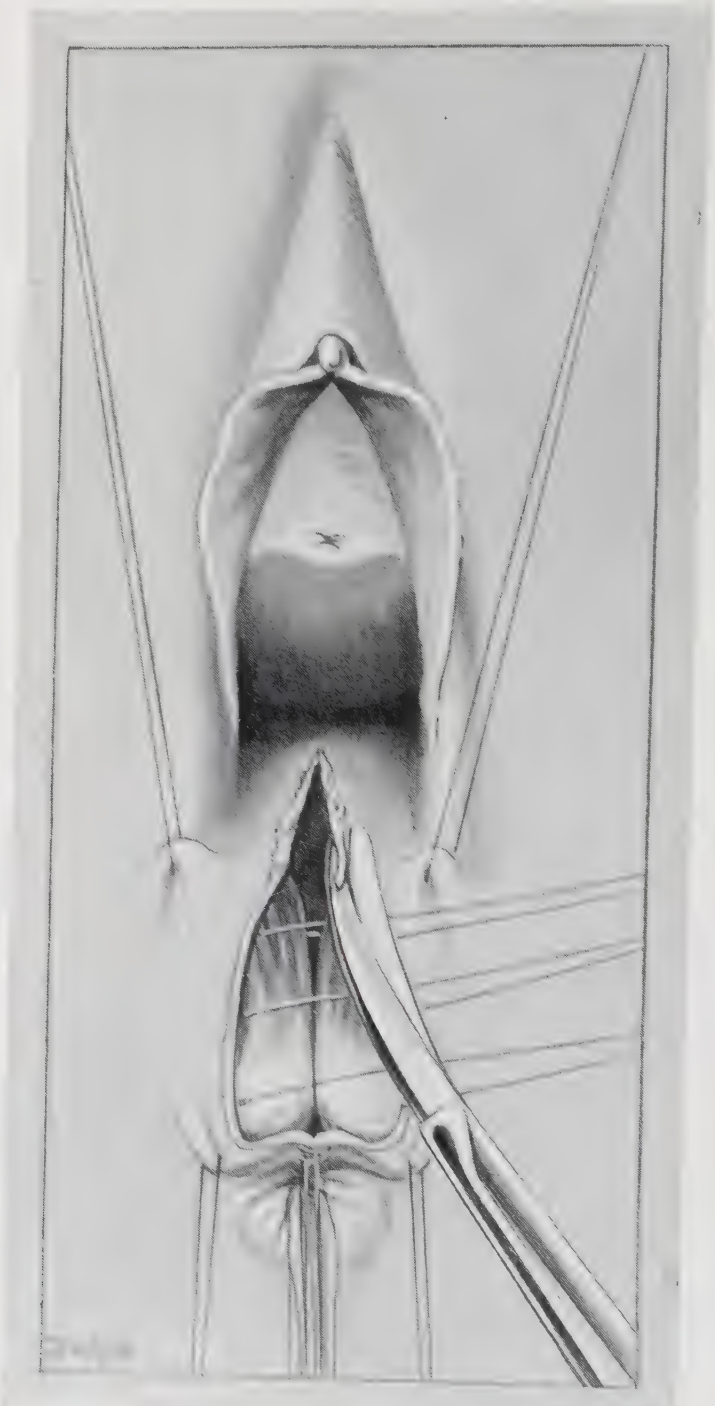
MISE EN PLACE DU CRIN CARDINAL SUR LE SPHINCTER

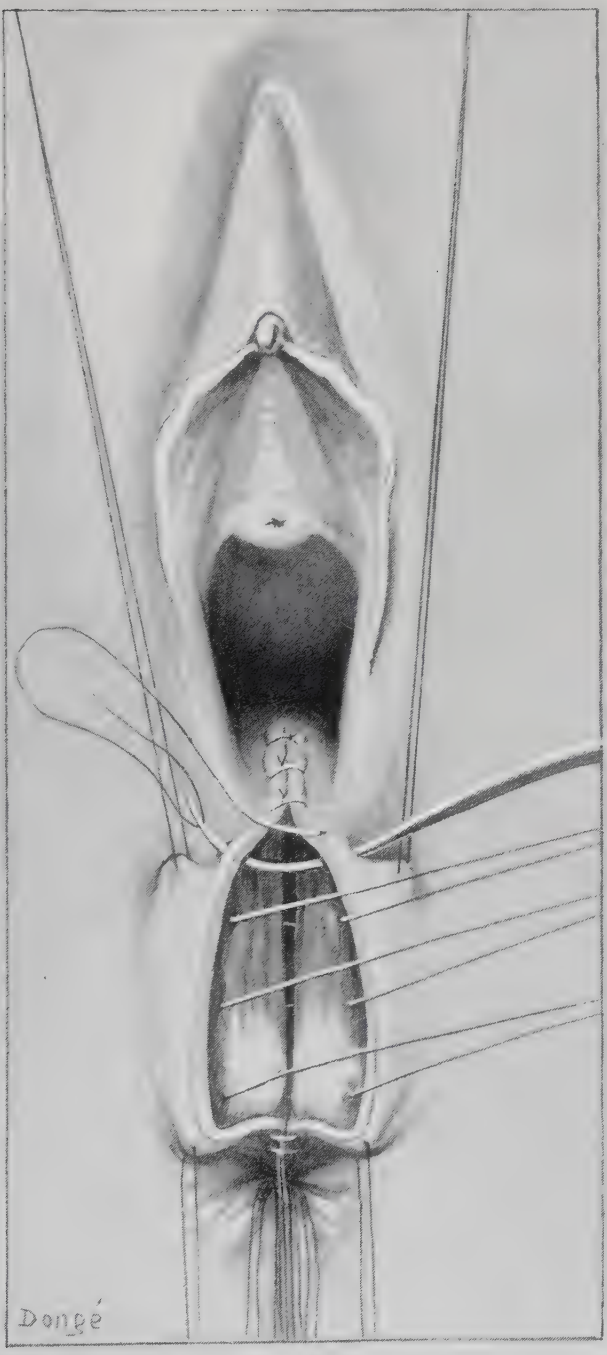
On procède ensuite au rapprochement sans dissection des cornes du sphincter rompu. La prise de deux chefs rétractés du sphincter sectionné nécessite une manœuvre spéciale de l'aiguille de Reverdin courbe.

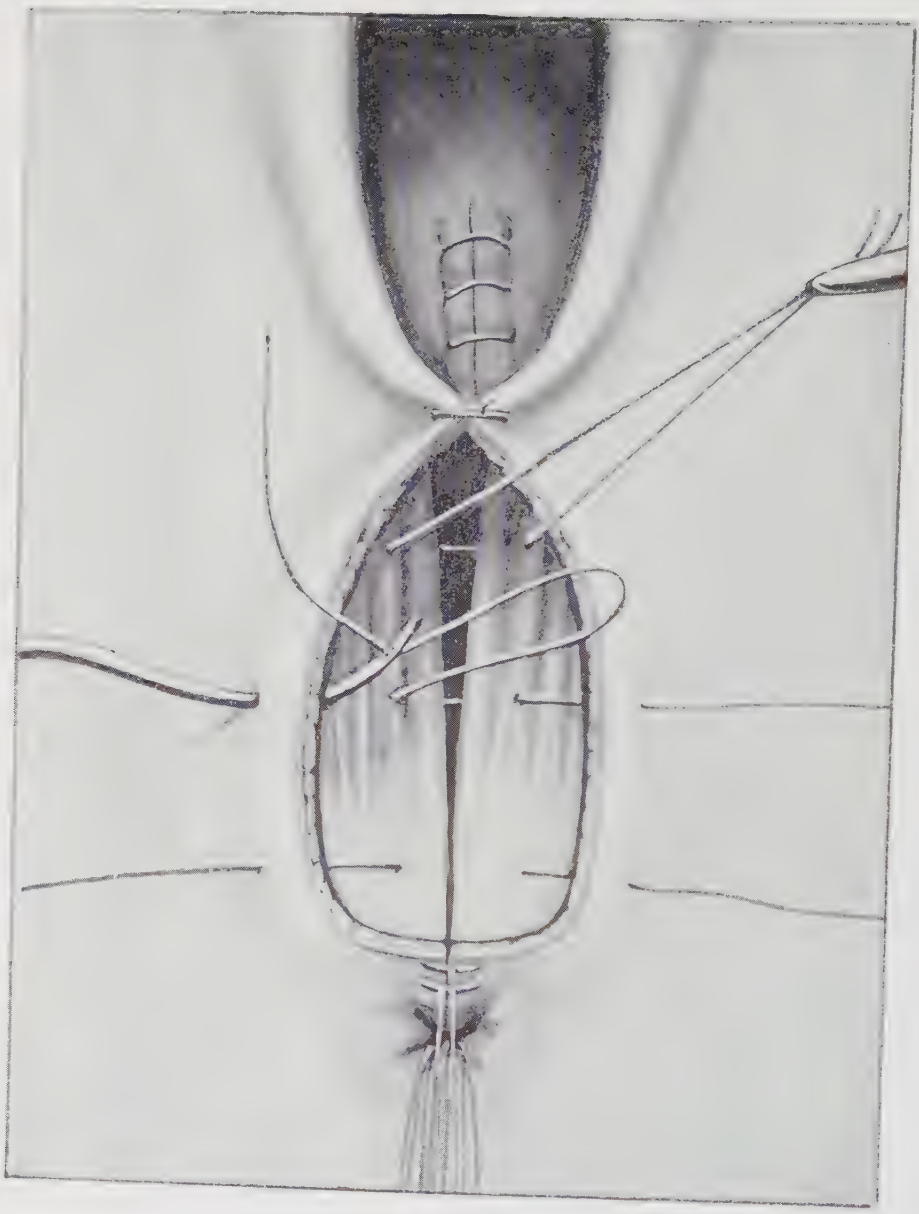
Celle-ci, orientée en bas et en dedans est introduite en direction du raphé ano-coccygien latéralement au canal anal. Quand une épaisseur de tissu suffisante a été traversée, la pointe de l'aiguille est tournée en dehors et en haut, puis poussée pour émerger en regard du repère postérieur homolatéral. Un catgut est enfilé dans l'aiguille et permet ainsi de saisir largement les tissus. Des tractions sur ce catgut vérifient que le sphincter a été étreint : la mise en tension du fil mobilise l'ensemble des plis radiés jusqu'au repli ano-coccygien.



Bouyé




Donpé



La traction du catgut repère sphinctérien, permet le passage d'un crin qui charge largement et profondément tous les tissus soulevés. Ce premier crin est le crin cardinal.

MISE EN PLACE DES CRINS PERINEAUX

On met en place, plus en avant, deux ou trois crins périnéaux, rapprochant les tissus et les muscles profonds, sans chercher à disséquer les releveurs, en prenant la précaution de passer les chefs en plusieurs fois à droite et à gauche.

Les crins sont fixés sur pince sans être noués.

EXCISION ET SUTURE VAGINALES

La suture du vagin après avivement des bords est exécutée à l'aide d'un surjet de catgut 00 mené jusqu'à ce que la commissure postérieure de la vulve ait recouvré sa morphologie habituelle.

Les fils repères sont alors enlevés.

Il est parfois nécessaire de replacer un dernier crin périnéal sous la fourchette.

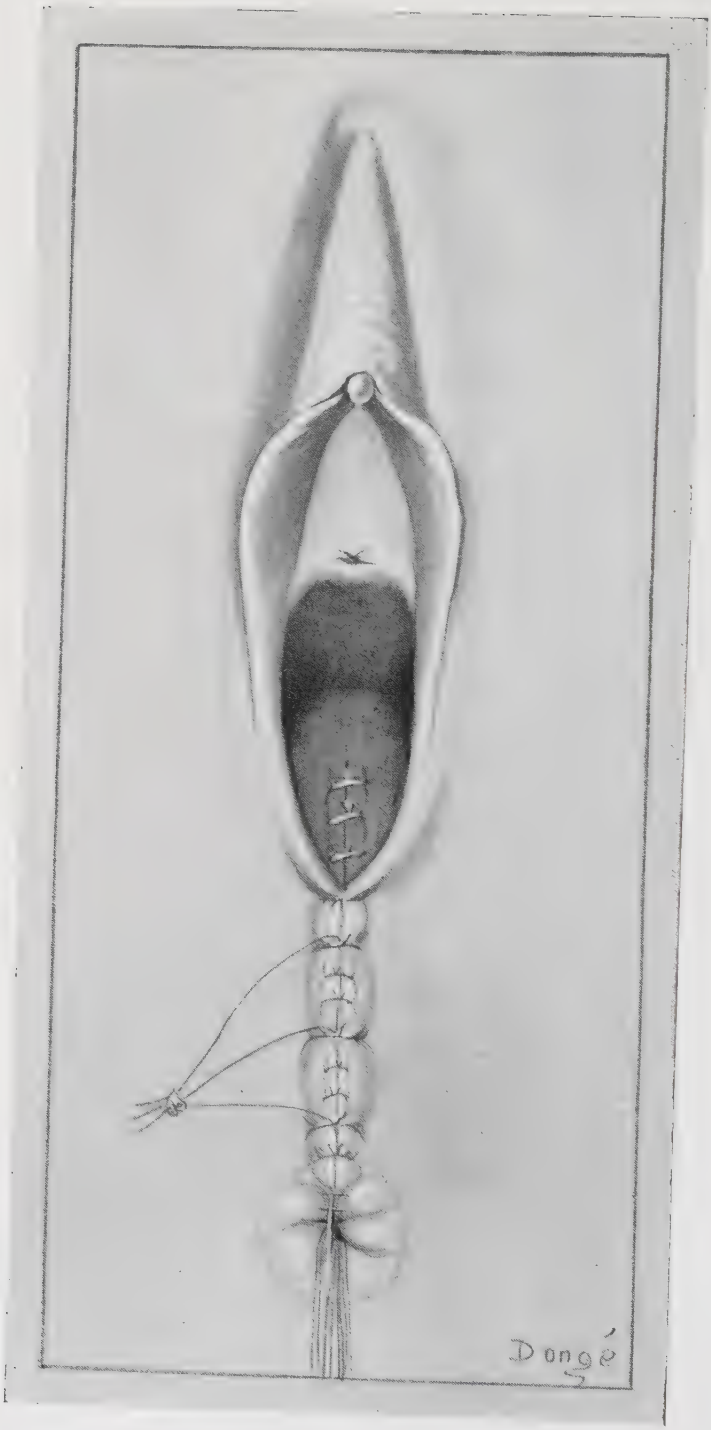
SUTURE CUTANEE

Dans la première description de cette technique, le rapprochement des tranches cutanées du corps périnéal était assuré par les crins totaux noués en huit de chiffre. D'emblée M. Musset avait insisté sur la nécessité absolue de ne pas serrer et de ne nouer que très lâchement l'anse superficielle qui a toujours tendance à couper.

De plus, il était recommandé de veiller, lors de l'ablation des crins au sixième jour, à ne sectionner qu'un des chefs de l'anse superficielle : la section des deux chefs laisse en place l'anse profonde qui est mal tolérée et autour de laquelle se produit un petit abcès qui ne guérit qu'à l'ablation du crin. Quelques incidents dus à l'inobservation de ces règles ont récemment conduit M. Musset à renoncer au point en 8 de chiffre. Les crins passés en des points bien choisis des deux côtés au travers de la peau sont noués en un point total. Quelques points de nylon intermédiaires permettent de parfaire l'affrontement cutané. Les crins sont évidemment ôtés en totalité le sixième jour.

SOINS POST-OPERATOIRES

Les opérées sont levées précocement le lendemain de l'intervention. Les antibiotiques généraux et le Sulfasuccithiazol sont poursuivis durant quelques jours à titre prophylactique. Le régime comprend une alimentation liquide pendant quarante-huit heures, et un régime sans résidus pendant une semaine. Une rapide évacuation de selles molles est obtenue par la prise quotidienne d'huile de paraffine. Lorsqu'elle n'est pas survenue le sixième jour, on admi-


Dongé

nistre très prudemment un lavement huileux à l'aide d'une fine sonde de Nélaton.

Pour les soins locaux, les malades en décubitus doivent empaumer de chaque côté la face postérieure des cuisses près des creux poplités, genoux fléchis, et éviter ainsi toute abduction intempestive.

Les crins périnéaux sont enlevés le sixième jour.

Les nylons de la suture rectale dont les chefs ont été conservés longs, doivent être enlevés le quatorzième jour sous anesthésie générale, à l'aide d'un petit anuscope et des fins ciseaux longs de de Martel.

L'AVENIR OBSTETRICAL

La conduite à tenir lors d'accouchements ultérieurs nous paraît devoir être fort prudente : l'expulsion d'un fœtus normal fait courir de trop graves dangers pour que soit envisagée facilement l'expulsion par voie basse même avec épisiotomie. La crainte de l'accouchement chez ces femmes profondément marquées par leur infirmité est telle qu'elle justifie presque à elle seule la pratique d'une césarienne. Cette intervention sera d'autant plus facilement indiquée si la femme a déjà subi des tentatives de réparation antérieures, si l'examen révèle une distance ano-symphysaire inférieure à cinq centimètres, ou encore une hypoplasie vulvo-vaginale périnéale.

OBSERVATIONS

Observation n° 1 (Mme BUR... Eliane, 30 ans)

A la suite d'un premier accouchement par forceps en 1951, (enfant de 3.020 g) la malade avait présenté une déchirure complète compliquée du périnée s'accompagnant d'incontinence.

Lors d'un second accouchement spontané en 1953, un chirurgien tente la réparation immédiate du périnée. Dans les suites opératoires apparaît une fistule basse recto-vulvaire qui persiste sans aucune modification malgré un troisième accouchement spontané en 1954.

Cette malade consulte pour la première fois M. Musset en 1957.

L'incontinence s'accompagne d'importants troubles psycho-somatiques, de troubles des règles — qui sont espacées — une alternance d'épisodes diarrhéiques et de constipation, un amaigrissement et l'angoisse d'une nouvelle grossesse.

A l'examen : derrière une bride cutanée cicatricielle, on découvre une fistule recto-vulvaire à long trajet en baïonnette.

La distance ano-pubienne chez cette malade est de 4,8 cm.

La mise à plat de la fistule en décembre 1958, puis l'intervention type en janvier 1959 sont suivies de parfait résultat.

Observation n° 2 (Mme PAN... Maguy, 28 ans)

En 1958, lors d'un premier accouchement spontané à terme (enfant de 3.300 g) survient une déchirure complète compliquée du périnée. Celle-ci est réparée immédiatement. Une désunion est notée quelques jours plus tard, tandis qu'apparaît une incontinence aux gaz et aux matières liquides.

La fistule s'accompagne de constipation reflexe alternant avec des périodes de débacle diarrhéique, et d'une leucorrhée malodorante qui gênent considérablement la malade.

La fistule siège à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur du vagin, son orifice est large.

L'examen de cette malade permet d'autre part de noter une distance ano-pubienne de 5,5 cm.

Une première intervention pratiquée le 5 février 1959 selon le procédé première manière (en un temps) reconstitue le sphincter et le périnée mais laisse persister une petite fistule au trajet sinueux et infecté.

La mise à plat a lieu en mai 1959. Dans les suites, l'incontinence est modérée.

Le deuxième temps selon le procédé type, en juin 1959, procure une complète guérison.

Observation n° 3 (Mme FIL... Félicie, 25 ans)

Longue fistule recto-vaginale d'origine obstétricale, atteignant l'union du 1/3 moyen et du 1/3 supérieur du vagin.

Après deux accouchements normaux en 1955 et 1956, cette malade avait subi en 1959 une grande extraction du siège pour procidence du cordon, sans épisiotomie. L'enfant pesait 5.200 g, une déchirure complète compliquée du périnée fut constatée. Un chirurgien appelé en consultation 8 heures plus tard tente une réparation immédiate. Dans les suites apparaît une fièvre

oscillante tandis que localement débute une infection de la plaie. Très vite, la suture est partiellement désunie. Vers le 10e jour, la malade note le passage de matières fécales par le vagin, tandis que s'installent les symptômes d'une phlébite du membre inférieur gauche.

Le 12e jour, la malade est confiée au Docteur Musset. A son entrée on note une importante suppuration périnéale. Un pus franc s'écoule depuis la profondeur par les orifices des points de suture. La fistule très longue siège à mi-hauteur du vagin et remonte vers le cul-de-sac postérieur. Son orifice est large. Le sphincter est rompu, le périnée délabré. Il persiste un pont cicatriciel para-sphinctérien.

La mise à plat de la fistule a lieu le 26 janvier 1960. L'incontinence qui s'ensuit est importante en raison de la grande étendue de la communication recto-vaginale.

Le deuxième temps a été pratiqué en mars 1960 sela la technique habituelle. Les résultats sont parfaits. La malade a accouché en 1962 par césarienne.

Observation n° 4 (Mme TUD... Louise, 54 ans)

En 1926, lors d'un accouchement spontané se produit une déchirure périnéale, réparée aussitôt mais rapidement suivie d'incontinence. Pendant 14 ans la malade cache son affection malgré la survenue de 5 grossesses en 1928, 31, 33, 35 et 37. Elle décide enfin de se faire opérer en 1940. Dans les suites, non seulement la fistule persiste mais il s'y ajoute désormais une incontinence et un volumineux prolapsus rectal.

A l'examen en janvier 1961, on peut noter une déchirure complète du périnée mal réparée, avec une vulve normale, un orifice anal en large entonnoir et un pont périnéal uniquement cutané formant une bride gênante. La fistule siège au niveau du 1/3 inférieur du vagin ; son trajet est oblique, le sphincter a disparu.

La mise à plat a lieu le 9 février 1961, suivie cinq jours plus tard d'une hystérectomie totale. L'incontinence n'est pas modifiée par la périnéotomie.

Le deuxième temps est effectué en avril 1961. Au cours de l'intervention on constate la disparition de toute fibre ou élément sphinctérien récupérable à droite, il n'existe qu'un minime tissu d'aspect graisseux. Malgré ces mauvaises conditions, les suites sont favorables. La fistule guérit, l'incontinence disparaît. La persistance d'une béance anale nécessite secondairement une opération de Mikulicz (résection endo-anale du rectum) par le Docteur Gilbert, (Octobre 1961) : elle est suivie d'une très grosse amélioration fonctionnelle.

Observation n° 5 (Mme TAB... Marie-Thérèse, 18 ans)

Lors d'un premier accouchement spontané en novembre 1960 survenait malgré une épisiotomie de nécessité, une déchirure complète compliquée du périnée. La réfection périnéale est immédiatement pratiquée. Mais les suites sont fébriles. Le 11e jour, la malade note le passage des gaz et des matières par le vagin, tandis que survient une phlébite du membre inférieur gauche.

A l'examen, en janvier 1961, la fistule siège à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur du vagin. Son orifice est large, son trajet direct, le sphincter est rompu.

De plus, la mesure de la distance ano-symphysaire indique 4,7 cm.

Le premier temps de mise à plat est effectué le 12 janvier 1961.

La malade est revue le 7 mars. Elle retient normalement ses matières et difficilement les gaz. La continence est donc légèrement améliorée.

L'intervention selon le procédé habituel en avril 1961 (Docteur Cottrell) procure une guérison complète : le périnée est correctement cicatrisé, la continence aux matières et aux gaz est parfaite.

Observation n° 6 (Mme ROZ... Suzanne, 58 ans)

Cette malade ménopausée en 1949, avait été opérée le 1er février 1961 d'un prolapsus ancien avec rectocèle prédominante apparu après un deuxième accouchement en 1940. Au cours du temps postérieur se produisait une effraction du rectum réparée par une suture en 3 plans. Dans les suites opératoires, apparition d'un abcès de la cloison recto-vaginale avec fistulisation dans le vagin le 6e jour. La malade présentait une température

oscillante et ressentait une gêne considérable. Une grosse fistule admettant l'index se constituait à l'union du 1/3 moyen et des 2/3 inférieurs du vagin, respectant absolument le sphincter laissant s'écouler un pus abondant, tandis que les matières s'évacuaient en totalité par le vagin.

Le Docteur Musset appelé en consultation le 25 février, débride la fistule selon le procédé habituel. Le résultat immédiat fut la disparition de la fièvre, la sédation des signes fonctionnels et l'amélioration progressive de l'incontinence.

Le deuxième temps fut pratiqué le 5 mars 1961. Les suites de l'opération d'abord simples furent secondairement troublées par une faute technique : l'ablation de la seule anse superficielle d'un crin en 8 de chiffre. Une suppuration autour de l'anse profonde abandonnée dans les tissus en fut la conséquence. Elle se tarit rapidement après l'extirpation du fil perdu et la guérison complète survint sans autre incident.

Observation n° 7 (Mme SOJ... Jeanine, 26 ans)

Cette malade consulte le Docteur Cottrell en mai 1961. Lors d'un premier accouchement par forceps en mai 1960 (enfant de 4.900 g décédé à la naissance) se produit une déchirure du 3e degré dont la réfection a été immédiatement effectuée. Dans les suites apparaît une fistule recto-vaginale avec incontinence aux gaz et leucorrhée malodorante.

A l'examen, derrière un périnée d'aspect normal on note une fistule à orifice étroit, à trajet en baïonnette, siégeant au 1/3 inférieur du vagin. Le sphincter est rompu.

La distance ano-pubienne est de 4,6 cms.

La mise à plat en mai 1961 est suivie d'aggravation de l'incontinence. Le deuxième temps en juillet 1961 selon le procédé habituel est suivi d'excellent résultat : périnée, sphincter et anus normaux.

Observation n° 8 (Mme ROU... Yvette, 39 ans)

Cette malade avait subi en 1951, une hystéropexie pour rétroversion utérine. Dans ses antécédents, on note encore 4 accouchements normaux, de 1944 à 1951. A la suite de la pexie apparut une élytrocèle dont la cure fut pratiquée en 1956 par voie abdomino périnéale, et fut complétée d'une réparation de déchirure périnéale ancienne. Un petit abcès de la cloison recto-vaginale se manifeste dans les suites et laisse une fistule recto-vaginale basse immédiatement derrière le sphincter.

Elle est responsable de vaginite et de pertes de matières liquides par le vagin.

A l'examen : l'orifice est étroit, le trajet sinueux et infecté, le sphincter rompu.

La fistule est mise à plat en juillet 1961.

En septembre 1961, la réparation est effectuée selon le procédé type. Dans les suites, au 16e jour, apparaît un écoulement purulent par l'anus, lié à un fil de nylon de suture rectale laissé en place. L'ablation secondaire de ce fil permet une guérison rapide et totale.

Observation n° 9 (Mme BRI... Henriette, 39 ans)

Au cours d'un premier accouchement en 1956 survient une déchirure périnéale suturée immédiatement. Les circonstances de l'accouchement n'ont pu être précisées chez cette malade, fille-mère dont l'enfant était décédé. Dans les suites se manifeste un écoulement intermittent et minime de matières qui tachent le linge, ainsi qu'une leucorrhée fétide.

C'est au cours d'une consultation gynécologique dans le service de Monsieur Robey qu'est découverte la fistule recto-vulvaire. Le trajet fistuleux est très étroit, de 1,5 cm de long, dirigé obliquement en haut et en dedans, au-dessus du sphincter qui est intact.

La fistule est mise à plat le 13 janvier 1962 avec section du sphincter. Aucune incontinence aux matières n'apparaît dans les suites.

Le deuxième temps est effectué le 25 février 1962. La reconstitution du canal est effectuée à l'aide de nylacap 00 dont les nœuds sont coupés à ras et laissés en place.

Le résultat et parfait : le périnée, sphincter et anus normaux.

Observation n° 10 (Mme Le BO... Michèle, 24 ans)

Une déchirure complète du périnée était survenue au cours d'un premier accouchement spontané (3.500 g) en août 1959. Dans les suites était apparue une fistule recto-vaginale se manifestant par l'évacuation de gaz et de matières par le vagin.

Une première intervention en novembre 1959 avait apporté une légère amélioration, mais l'incontinence persistait aux gaz et aux matières liquides.

En septembre 1960, cette malade est curettée pour avortement au 3e mois d'une deuxième grossesse.

Deux interventions successives en décembre 1960 et février 1961 furent suivies d'échec, et en décembre 1961 cette malade accouchait par césarienne. Une ligature de trompes était pratiquée.

Lors du premier examen de M. Musset en juin 1962, cette jeune femme se plaignait de troubles divers :

— Irritation vulvo-vaginale et anale constante.

— douleurs spontanées à type de déchirure anale avec prurit.

— dyspareunie,

— incontinence aux gaz (bonne continence des matières).

On notait la présence d'une fistule siégeant à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur de la paroi postérieure du vagin, à orifice étroit, à trajet sinueux et purulent, le sphincter était rompu.

Le premier temps de l'opération pratiqué en juin 1962 permet de découvrir des clapiers purulents autour de fils résiduels dans le périnée et sur le rectum. La périnéotomie soulage très nettement la malade, malgré l'incontinence qu'elle entraîne.

Le deuxième temps, en décembre 1962 (les crins ne sont pas noués en 8 de chiffre) est suivi d'un résultat parfait.

Observation n° 11 (Mme MAR... Nicole, 35 ans)

Au cours d'un premier accouchement spontané au terme de 8 mois, en mars 1960, se produit une déchirure périnéale complète (enfant de 2.500 g) suturée immédiatement. Le 5e jour survient une désunion de la plaie et une incontinence totale aux matières et aux gaz. Les troubles vont en s'accentuant.

Un deuxième accouchement a lieu en janvier 1962, par opération césarienne au cours de laquelle est pratiquée une ligature de trompes. Durant cette intervention, il semble y avoir eu une première tentative de traitement de la fistule. L'échec conduit à une deuxième intervention en mars 1962. Lors de l'ablation des fils au 10e jour, réapparition des symptômes puis suppuration persistante.

La malade se confie alors au Docteur MUSSET. Elle se plaint de :

— douleurs abdominales et périnéales,

— d'incontinence aux gaz et aux matières qui s'évacuent par le vagin,

— d'écoulements rectaux purulents par épisodes successifs.

La fistule siège sur la ligne médiane à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 supérieur. L'orifice est étroit ; le trajet sinueux et infecté. Une suppuration au-dessus de l'anus à 8 heures est liée à des fils de suture. Le sphincter est tonique.

La distance ano-pubienne est de 5 cms.

La fistule est mise à plat en octobre 1962. On découvre à cette occasion un trajet infecté à partir de fils de lin résiduels sur le rectum.

L'incontinence secondaire est bien supportée.

Le deuxième temps est pratiqué en décembre 1962 selon le procédé type, cependant les crins ne sont pas passés en 8 de chiffre.

Le résultat est parfait : périnée, sphincter et anus normaux.

Observation n° 12 (Mme BOU... Simone, 54 ans)

Lors d'un accouchement en 1954, une effraction accidentelle du rectum se produit au cours d'une épisiotomie. La réparation de la brèche rectale immédiate n'a pas évité la survenue d'une fistule recto-vaginale. Dans les suites opératoires survient une incontinence aux gaz et aux matières liquides qui s'exagère progressivement à partir de 1958.

A l'examen, en juin 1962, on note une fistule ano-vulvaire à orifice étroit infecté et à trajet sinueux. Le sphincter est rompu.

La mise à plat est effectuée le 4 juin 1962. En raison du siège bas situé de cette fistule, de la parfaite cicatrisation et de l'asepsie des tissus, le deuxième temps est entrepris à bref délai : le 22 juin.

Excellent résultat.

CONCLUSION

Un procédé nouveau de cure chirurgicale en deux temps de certaines fistules recto-vaginales est présenté.

Cette technique s'applique aux fistules recto-vaginales d'origine chirurgicale, obstétricale, accidentelle ou infectieuse, à l'exclusion des fistules cancéreuses ou postradiothérapiques, et à l'exclusion également des fistules du dome vaginal.

La méthode est basée à la fois sur l'intérêt considérable de n'intervenir que sur des lésions totalement exemptes d'infection, cause habituelle d'échec opératoire, et sur la sécurité complète que procure le procédé de réparation des déchirures anciennes du périnée décrit par M. Musset.

Elle consiste dans un premier temps à mettre à plat la fistule par périnéotomie, puis à réparer deux mois plus tard après bonne cicatrisation la déchirure complète typique du périnée ainsi créée.

Les avantages de cette technique en dehors de son caractère aseptique sur lequel nous avons déjà insisté sont multiples. Elle procure en effet, tout d'abord une commodité très grande d'exécution, les lésions se trouvant exposées en surface et directement sous la vue. La réparation des désordres se déroule dans des conditions de facilité bien supérieures à celles offertes par tout autre procédé. L'innocuité est totale, sans comparaison possible avec les risques des interventions de résection rectale parfois entreprises en pareil cas, et susceptibles d'ailleurs d'être suivies d'incontinence secondaire. La sécurité est enfin très grande, puisque cette technique utilisée dans les douze observations que nous rapportons, et parfois dans des conditions difficiles dues à l'échec d'opérations antérieures multiples, a fait obtenir dans nos douze cas, la fermeture de la fistule et le rétablissement parfait de la physiologie et de la morphologie du rectum, du sphincter et du périnée.

Vu :
Le Doyen,
Léon BINET

Vu :
Le Président,
Robert MERGER

Vu
et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université de Paris,
Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ADEODATO J. (Brésil) : *Quelques remarques sur la pathogénie des fistules recto-vaginales.* Gyn. et Obst. (Déc. 1930), pp. 526-531.

AZCARATE : *Traitement des fistules recto-vaginales.* Cirurgia i circujanos (Janv. 1936).

AZCOAGA M.-A. RAMIREZ : *Une voie postérieure exceptionnelle dans une fistule recto-vaginale haute.* Dia Medica 34, 10-7, 8 (21 juin 1962).

BADER P. LARTIGAUD : *Hémorragies vaginales par coït.* Soc. Gyn. et Obst. Strasbourg (22 mai 1948).

BAKER BROWN : *Surgical diseases of women.* London (1866).

BEAUDET H.-MARQUIS A. : *Fistule recto-vaginale congénitale.* Laval Médical 33 : 516-7 (sept. 1962).

BELL H. G. : *Guérison spontanée d'une large fistule recto-vaginale.* Am. J. Proctologie (avril 1959), 10, n° 2, pp. 139-144.

BOLDT W. : *A propos de l'histoire, la pathogénie et le traitement des fistules puerpérales spontanées.* Geburtsh frauenh (oct. 1960), 20, 1159-1170.

BORSO A. : *Sur le traitement des fistules recto-vaginales.* Minerva Gin. (sept. 1957), 9, n° 18, pp. 785-787.

BOWESMAN C. : *Fistules vaginales post-partum.* Irish J. Med. Sc. (avril 1955), pp. 147-165.

BRET - LE LORIER - SENEZE : *Sur un mécanisme inhabituel des déchirures compliquées du périnée : La rupture primitive de la cloison recto-vaginale.* Bull. fr. de la Soc. Gyn. Obst. (1951), p. 205.

BRINDEAU : *Quelques réflexions sur la périnéoraphie.* Paris Médical (20 déc. 1928).

BROCQ P. - ROBERT : *Précis de Gynécologie.* Masson, p. 178.

BUDIN : *Des lésions traumatiques chez la femme au cours des accouchements artificiels.* Thèse d'agrégation. Paris (1830).

CHEVRIER : *Contribution à l'étude des fistules recto-vaginales.* Thèse 1890.

COSTANTINI : *Fistule entéro-vaginale, suite d'une colpotomie.* Algérie Chir. (fév. 1942).

COTTE G. : *Fistule recto-vaginale et vésico-rectale combinées.* Lyon Chir. (juill.-août 1933), 30, pp. 448-449.

DARGENT - EICHOLZ : *Traitement chirurgical des complications rectales de la radiothérapie pour cancer du col utérin.* Lyon Chir. p. 199 (1948).

DARNER H. L. : *Opération pour fistule recto-vaginale compliquée d'une déchirure du troisième degré.* Surg. Gyn. Obst. 44 (janv. 1927), p. 105.

DAVEO J. P. - PAOLI : *Fistules recto-vaginales récentes traitées par application de placenta frais « in situ ».* Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. (1955), 7, n° 5, pp. 568-569.

DEBEYRE J. : *Fistules stercorales.* Encyclopédie médico-chirurgicale, (9-1947), pp. 239-240.

DELERUE J. : *Rupture primitive de la cloison recto-vaginale. Suture aux crins perdus sur le rectum.* Soc. Obst. et Gyn. Lille (30-9-53), Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 5 : 5 (1953), p. 568.

DOLERIS A. - LENOBLE E : *Rupture de la cloison recto-vaginale consécutive à la pression exercée par la tête fœtale chez une primipare à tissus peu résistants.* Soc. d'Obst. et Gyn. (8 avril 1897) dans « La Gynécologie », pp. 134-139.

DOLERIS A. : *Large fistule recto-vaginale provoquée par un pessaire ; procédé opératoire spécial. Guérison.* « Annales de Gynécologie » (1905), p. 704.

DUBOST M. : *Lésions des voies génitales basses et du périnée consécutives à l'accouchement.* « Maternité » (1958), 333-350.

ERLICHT H. : *Fermeture par le « Palavit » d'une fistule recto-vaginale inopérable.* « Geburtsh Frauenh » (sept. 1954), 14, n° 9, pp. 820-821.

EISENHAMMER S. : *A New approach to the anorectal fistulous abcess based on the high intermuscular lesion.* Surg. Gyn. Obst. (1959) 106 : 595.

ERNST : *Traitement chirurgical des déchirures obstétricales anciennes du troisième degré selon le procédé de Musset.* Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1959-10.

FABRE B. : *Contribution à l'étude des fistules recto-vaginales.* Thèse, Lyon (1897).

FALK H. G. : *Fistules vésico-vaginales et recto-vaginales.* Clin. Obst. Gyn. (mars 1961) 4, pp. 229-239.

FAROUZ L. : *Traitement chirurgical des fistules recto-vaginales d'origine traumatique par l'abaissement de la paroi antérieure du rectum ; procédé du « rideau ».* Thèse, Lyon (1954), n° 133.

FARRUGLIA A. : *Sur le traitement de dix-huit cas de fistules recto-vésico-vaginales.* Thèse, Alger (1957), n° 11.

FERRAND J. - FORTESA : *Cure de grandes « brèches » recto-vaginales avec abaissement du rectum par voie abdomino-vaginale.* Afrique franç. Chir. (1953) n° 3, pp. 337-338.

FIGARELLA J. - BOUILLON M. : *Les fistules recto-vaginales acquises.* « Revue franç. de Gyn. Obst. » (oct.-déc. 1939), pp. 615-622.

FLEURANT M. : *Fistule recto-vaginale haute.* Soc. Obst. Strasbourg, « Bull. Soc. Gyn. Obst. » (1954), pp. 661-662.

FRIGYESI : *Une méthode simple pour la fermeture des fistules recto-vaginales hautes.* Zentrablatt für Gynak. Leipzig (1942), XXXVI, 667.

GARNIER H. - ROY CAMILLE R. - CORDIER G. : *A propos du traitement des fistules recto-vaginales.* « Presse Méd. » (21 juin) 66, n° 49, 1119.

GERSTER J. C. A. : *Abord sous-coccygien transrectal pour la réparation des fistules hautes recto-vaginales.* « Ann. Surg. » 104-2 (août 1936), pp. 244-247.

GLASS W. W. : *Procédé d'abaissement du colon sigmoïde pour les fistules recto-vaginales.* Arch. Surg. (juill. 1959) 79 n° 1, pp. 146-147.

GOIGNARD P. - BUTORI P. - BARSOTTI J. : *Sur le traitement des cloaques post-partum.* Mémoires de l'Ac. de Chir. (11 mars 1959) 85, n° 8, 9, 10.

GRILLO D. : *Ano-recto-vaginal fistula.* Ann. J. Surg. 81 (janv. 1951), pp. 96-97.

GUILLET E. - DECHEN J. : *Le traitement des grandes fistules recto-vaginales par abaissement transanal du rectum ; technique à deux équipes.* Rapport de M. G. Edelman, Mem. Ac. Chir. (9-11-60), p. 780.

GUILLET E. - DECHEN J. : *Le traitement des grandes fistules recto-vaginales par abaissement transanal du rectum ; technique à deux équipes.* Ouest Méd. 14, 763 (oct. 1961).

GYORY G. : *Fistules vésico-vaginales et recto-vaginales et leur traitement opératoire.* Zbl. Gyn. (17 mai 1958) 80, n° 20, pp. 808-814.

HAMMOUDA : *Recto-vaginal fistula after episiotomy.* Am. J. Obst. Gyn. 84, 2, p. 268.

HANLEY P. H. - HINES M. E. - STEPHENSON J. E. : *Une opération préservant le sphincter anal pour fistule recto-vaginale basse ou recto-périnéale congénitale.* Am. J. Surg. (nov. 1954) 88, n° 5, pp. 737-745, 8 fig.

HINZ : *L'opération des fistules recto-vaginales larges.* Zeutr. F. Chir. Leipzig an 64, n° 34 (21 août 1937). Zeutr. F. Chir. T, 64, n° 34 (août 1937), pp. 1971-74. « Journal de Chirurgie » (janv. 1938), p. 147.

HOFMEISTER F. J. : *Réparation périnéale reconstitutive des fistules recto-vaginales et des plaies dues à l'accouchement.* Am. J. Surg. (nov .1952) 84, n° 5, pp. 566-573, 9 fig.

HIRAM - VINEBERG : *Nouvelle méthode opératoire pour les fistules recto-vaginales rebelles.* « La Gynécologie » (1902), p. 360.

HUGUIER J. : *La chirurgie abdomino-pelvienne à deux équipes en gynécologie.* Act. gynécologique, 1re série (1953). Exp. SC. Fse, éd.

INGELMAN SUNBERG : *Transplantation des releveurs dans la réparation du périnée et la cure de fistules recto-vaginales.* Acta Chirurgia Scandinevia: 96, 4 (28-2-48), pp. 313-316.

JACKMAN R. J. : *Fistules recto-vaginales et ano-vaginales : Un procédé chirurgical pour le traitement de certains types.* Internat. Surg. Dig. (nov. 1952) 54, n° 5, pp. 270-272.

JEANNIN C. : *De la guérison spontanée des fistules recto-vaginales produites au cours de l'accouchement.* L'Obstétrique (avril 1909), p. 278.

JOMAIN J. : *Fistules vésico-vaginales et recto-vaginales par radio-nécrose tardive. Leur traitement par colpectomie.* « Journal d'urologie », n° 6, Tome 64 (1958), p. 367.

KASSEBOLM F. A. - SCHREIBER M. J. : *Spontaneous delivery complicated by rectal stricture, recto-vaginal fistula and rupture of rectum.* Am J. Obst. Gyn. 31, (avril 1936), pp. 674-676.

KOTSO - NATHANIELS E. et Coll. : *A propos des fistules recto-vaginales.* Méd. Af. Noire 9, 84 (mars 1962).

LABRY R. - BOUCHET A. : *A propos du traitement chirurgical des fistules recto-vaginales d'origine traumatique.* Lyon Chir. (juill. 1955) 50, n° 5, pp. 629-632.

LAIR D. - DONALD R. : *Procedures used in treatement of complicated fistules.* Am. J. Surg. 76, pp. 701-708 (1948).

LAPORTE K. : *Fistule recto-vaginale.* Soc. Obst. Gyn. Bordeaux (8 mai 44). Dans Gyn. Obst. n° 4, 56, T. 44 (1944-45).

LARGUILLON R. S. : *Les fistules recto-vaginales et leur traitement (A propos de sept observations).* Thèse, Paris (juill. 1952).

LE DENTU : *Procédé pour l'occlusion des fistules recto-vaginales.* Ann. de Gyn. 34 (nov. 1890), p. 337.

LEGUEU : *La voie vagino périnéale dans la cure des fistules recto-vaginales supérieures.* Presse Médicale, 68 (26-8-03), p. 610.

LEVY J. : *Procédé de réparation des fistules recto-vaginales faites au cours de l'accouchement.* Soc. Gyn. Obst., Paris (2-12-46), Gyn. Obst. 46, 2, (1947), p. 228.

LODEON H. : *Traitement chirurgical de l'incontinence anale.* Thèse, Paris (1962).

LOYGUE J. - DUBOIS F. : *Etat actuel du traitement chirurgical de l'incontinence anale* (Archives des maladies de l'appareil digestif (juill.-août 1962) 51, 7-8 bis, 65-83.

MALLET - GUY : *Amputation périnéale du rectum pour cancer fistulisé du vagin. Hystérocolpectomie combinée. Colpoplastie ultérieure.* Lyon Chir. (1943) n° 3, pp. 258-261.

MARTIN LE JEUNE : *Mémoires de Médecine sur plusieurs maladies qui peuvent compliquer la grossesse, la parturition et la couche.* Paris (1835), p. 376.

MATSOPOULOS : *Fermeture des fistules recto-vaginales.* Zentralbl. f. Gyn. 67. 30. (24-7-43), pp. 1169-1170.

MIALARET - EDELMANN : *Large fistule recto-vaginale post-curiethérapique traitée par abaissement recto-sigmoïde transphinctérien.* Sem. Hôp. n° 13-18 (fév. 1949), pp. 539-540.

MUSSET R. - COTTRELL : *Quelques considérations sur les déchirures obstétricales anciennes complètes compliquées du périnée, à propos de vingt-neuf cas traités chirurgicalement.* Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. (1955) 7, pp. 266-273.

MUSSET R. - COTTRELL - DUBOST : *Les déchirures obstétricales compliquées du périnée. Traitement chirurgical.* Monographie. Masson éd.

MUSSET R. - COTTRELL - COHEN J. : *Un procédé inédit de cure chirurgicale en deux temps des fistules recto-vaginales d'origine traumatique qui siègent sur les 2/3 inférieurs du vagin.* Gyn. Obst. 61, 241 (mai 1962).

MUSSET R. - COTTRELL M. - COHEN J. : *Un procédé nouveau de cure chirurgicale en deux temps des fistules recto-vaginales non cancéreuses qti siègent sur les 2/3 inférieurs du vagin.* Mémoires Ac. Chirurgie, Tome 89, n° 13, pp. 386-393 (Rapport de M. G. Edelmann).

PATEL M. - LABRY R. : *Large déchirure du vagin au cours de la défloration.* Lyon Médical 136 : 11 (1925), p. 228.

PEYCELON R. - GUILLEMEIN G. : *Sur le traitement chirurgical des fistules recto-vaginales.* Lyon Chir. (août-sept. 1955) 50, n° 6, pp. 704-709.

PHANEUF : *Déchirures complètes du périnée et fistules recto-vaginales.* Am. J. Obst. Gyn. (1938).

RICHET : *Des fistules recto-vaginales.* Ann. de Gyn. (1876), pp. 401-409.

ROBERT H. G. : *Traité de thérapeutique chirurgicale.* Tome V, pp. 346-55. Masson Ed. Paris, 1961.

ROBERT H. - MAHE F. - JUBECOURT B. : *Fistules stercorales.* Encyclopédie Médico-chirurgicale Gyn. 240 A. 10, mars 1963.

ROUQUES P. : *Les plaies du rectum par empalement.* Thèse Paris, 1931.

SANGER : *The operative treatement of recto-vaginal fistula.* Buffalo Méd. and Surg. J. (juin 1891).

SEGOND P. : *Nouveau procédé opératoire pour la réparation des fistules recto-vaginales chez les femmes dont le périnée est intact.* Ann. de Gyn. (juill. 1895), pp. 1-14.

SERMENT H. - DETURMENY : *Quatre cas de plaies vaginales par coït.* Soc. Obst. Gyn. de Marseille (28 fév. 1952).

SERRES : *Des fistules recto-vaginales considérées surtout au point de vue du traitement.* Thèse, Paris, 1868.

TAIT L. : *Diseases of women and abdominal surgery.* 1889.

VERNEUIL : *Des fistules recto-vaginales.* Mémoires de Chir. I (1877), p. 945.

WEBER E. : *Techniques chirurgicales vaginales* (1948), p. 91.

WILSON E. : *Fistule recto-vaginale chez une adolescente.* Méd. J. Australia (27 juill. 1957) 44, n° 4, pp. 131-132.